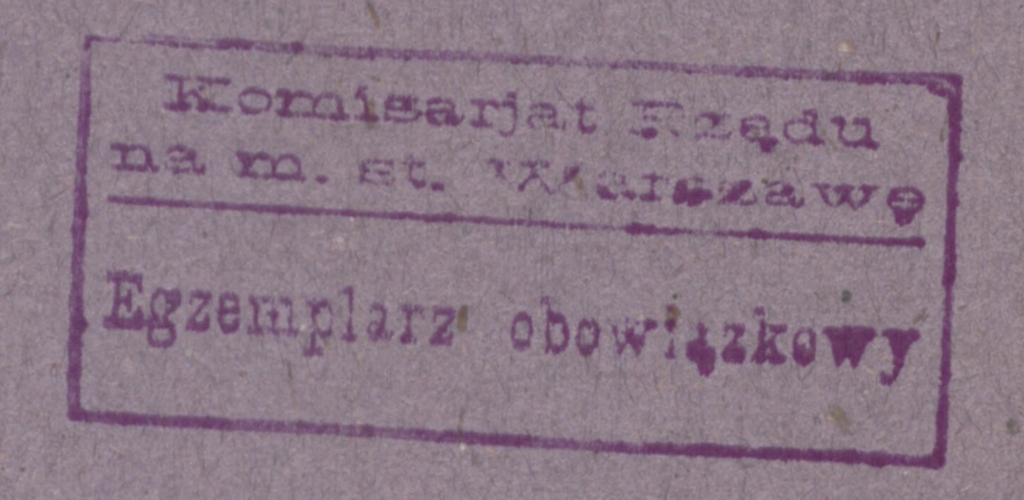
WALKA Z GRUŹLICĄ

Czasopismo poświęcone sprawom gruźlicy.

STALI WSPÓŁPRACOWNICY:

z Warszawy — D-rzy: Winc. Bogucki, Kaz. Dąbrowski, Kaz. Dłuski, Miecz. Gantz, El. Reicherówna, Stef. Rudzki, Zdz. Szczepański i in. **z Krakowa** — Doc. dr. Tom. Janiszewski i in. — **ze Lwowa** — Prof. Wiczkowski i in. **z Łodzi** — Dr. Sew. Sterling i in. **z Poznania** — Prof. P. Gantkowski i in. **z Zakopanego** — D-rzy: Edm. Brzeziński, Ant. Kuczewski i in.


Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę
Egzemplarz obowiązkowy

WARSZAWA.
SKŁAD GŁÓWNY: „KSIĄŻNICA POLSKA" TOW. NAUCZ. SZKOŁ WYŻSZ.
NOWY ŚWIAT 59.

La lutte contre la tuberculose

Sous la direction du Prof. agr. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.

COLLABORATEURS:

Varsovie — les Docteurs: Winc. Bogucki, Kaz. Dąbrowski, Kaz. Dłuski, Miecz. Gantz, El. Reicher, Stef. Rudzki, Zdz. Szczepański. **Cracovie** — Prof. agr. Tom. Janiszewski. **Léopol** — Prof. Wiczkowski. **Łódź** — le Docteur Sew. Sterling. **Posnanie** — Prof. P. Gantkowski. **Zakopane** — les Docteurs: Edm. Brzeziński, Ant. Kuczewski.

No 2. Octobre. 1924. *Sommaire à la fin.*

Zastraszające rozmiary, jakie w ostatnich latach przybrała gruźlica, już od dłuższego czasu skłaniały nas, aby tej palącej sprawie poświęcić miejsce oddzielnie. Techniczne warunki uniemożliwiały to dotychczas; dopiero obecnie jesteśmy w możności — narazie choć w skromnym zakresie — co czas pewien poświęcić omawianiu tej klęski społecznej parę arkuszy druku. Niech służą one jako propaganda, niech skłonią tych, którzy mają coś do powiedzenia w sprawie walki z gruźlicą, do wypowiedzenia się, całe zaś społeczeństwo — do wysiłku w celu zaradzenia złemu! REDAKCJA.

Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

O wczesnem rozpoznawaniu raka w oprac. doc. d-ra Sterling-Okuniewskiego.

Rak wargi dolnej — dr. B. Bartkiewicz.

Djagnostyka ogólna chorób przewodu pokarmowego — dr. Mik. Rejchman.

Nowotwory. Prace z Zakładów Anatomji Patol. Uniwersytetów Polskich.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka — (co 3 miesiące) № 1—4.

Polskie Archiwum Medyc. Wewnętrznej

Organ Tow. Internistów Polskich

pod Redakcją **Prof. D-ra med. Ant. Gluźniskiego.**

Redakcja i Administracja: Warszawa, ul. Nowogrodzka Nr. 59, Szpital Dzieciątka Jezus, I-a Klinika Chorób Wewn. Uniw. Warsz.

Odbitka ze „Zdrowia".

WALKA Z GRUŹLICĄ

35-lecie działalności naukowej i społecznej D-ra Seweryna Sterlinga.

Jeden z najwybitniejszych działaczów na polu walki z gruźlicą, dr. Seweryn Sterling, obchodził długoletni jubileusz zarówno pracy naukowej, jak społecznej. Rzadko u kogo uda się spotkać tak harmonijne zespolenie się tych dwuch dziedzin, jak u Jubilata: niezwykła bystrość umysłu z energją, wytrwałością, znajomością środowiska, ukochaniem wiedzy i z miłością bliźniego potrafiły dokonać szeregu czynów obywatelskich, które — zwłaszcza, gdy chodzi o zwalczanie gruźlicy—pozostaną dla innych przykładem pracy społecznej. Sekcja do walki z gruźlicą w Łodzi, mieście, gdzie ta walka jest ze względu na ciężkie warunki ekonomiczne i higjeniczne niezmiernie utrudniona, została zorganizowana w sposób, mogący służyć za wzór wszystkim tego rodzaju poczynaniom. Załączone w numerze tym sprawozdanie z sześcioletniej działalności Sekcji dostatecznie wyjaśni ogrom dokonanej pracy, rozpoczętej w najtrudniejszych warunkach naszego kraju: podczas okupacji pruskiej.

Ale poza tą pracą czynu należy tu — zwłaszcza dla naszego czasopisma — podkreślić pracę ducha, na jaką zdobył się dr. Seweryn Sterling w tak ciężkich warunkach lekarza prowincjonalnego: w 1909 r. wydawał „Gruźlicę". Czasopismo to wkrótce upadło — ale nie winą było dra Sterlinga, że nie mógł przełamać obojętności ogółu lekarskiego dla tak doniosłej sprawy, jaką jest badanie i zwalczanie tej choroby! I choć czasopismo upadło, żyją jednak inne owoce wytrwałej pracy Sew. Sterlinga, prowadzonej na żmudnej niwie społecznej dla dobra Ojczyzny.

Redakcja.

Na III (jubileuszowym) Zjeździe Higjenistów Polskich w Sekcji Epidemjologicznej (gospodarz — doc. dr. Sterling-Okuniewski) wygłoszono szereg odczytów, poświęconych zagadnieniu gruźlicy na ziemiach polskich. Podajemy poniżej kilka z tych referatów (praca ppułk. d-ra Huszczy p. t. „Gruźlica w wojsku polskiem" została już umieszczona w Lekarzu Wojskowym Nr. 8, r. b.).

Dr. Szczepan Mikołajski
Dyrektor Woj. Urz. Zdr. we Lwowie.

Walka z gruźlicą w Województwie Lwowskiem.

Śmiertelność z gruźlicy w Województwie lwowskiem.

W roku 1923 zgłosili lekarze urzędowi 1983 skony z gruźlicy w Województwie lwowskiem. W stosunku do liczby ludności Województwa (: 2.718.856 m. :) stanowiłoby to przeciętnie 7.293 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców.

W samem mieście Lwowie o ludności 219.193 m. zgłoszono w roku 1923 skonów z gruźlicy 930, zatem przeciętnie 42.438 skonów z gruźlicy na każde 10.000 mieszkańców. Cyfry te, odnoszące się do miasta Lwowa, są zbliżone do rzeczywistości, a kontrolę pod tym względem dają wykazy miejskiego Biura ewidencji zmarłych.

Jeżeli odliczymy ludność i liczbę skonów z gruźlicy, zgłoszonych we Lwowie, od liczby ludności i skonów z gruźlicy, wykazanych w całem Województwie, wypadnie na 2.499.663 mieszkańców poza miastem Lwowem 1053 zgłoszonych w roku 1923 skonów z gruźlicy, czyli na każde 10.000 mieszkańców przeciętnie 4.212 skonów z gruźlicy.

Ta cyfra jest bardzo daleką od rzeczywistości, albowiem przed wojną statystyka o ruchu ludności wykazywała w Małopolsce przeciętnie około 30 skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców, a uwzględniając nawet znaczny przypuszczalny spadek śmiertelno-

ści z gruźlicy w ostatnich trzech latach, trudno przyjąć spadek ten na powiatach poniżej przeciętnej cyfry 20 skonów na 10.000 mieszkańców.

Okazuje się tedy, że urzędowa statystyka, oparta na tygodniowych zgłoszeniach zachorowań i skonów na choroby zakaźne, nie daje poza miastami, posiadającemi osobne biura statystyczne, podstawy do ocenienia bodaj w przybliżeniu rozmiarów klęski gruźlicy.

Liczba skonów z gruźlicy w Polsce w czasie od 1-go do 26-go stycznia 1924 r., zestawiona według urzędowych tygodniowych wykazów ogłaszanych w Monitorze Polskim.

L. p.	Województwo	Ludność	Skonów od gruźlicy.					Skonów na 10.000.000	
			1	2	3	4	Razem	od 1/I do 26/I	rocznie
1	Warszawa m. .	931.176	30	49	65	54	198	2·014	28·273
2	Warszawa . .	2.112.106	4	8	12	7	29	0·137	1·923
3	Białystok. . .	1.362.259	1	6	3	6	16	0·122	1·711
4	Kielce	2.534.214	7	10	13	7	37	0·146	2·049
5	Lublin	2.085.557	3	1	4	—	8	0·038	0·533
6	Łódź.	2.251.097	20	37	44	40	141	0 626	8 788
7	Kraków. . . .	1.990.399	9	16	12	18	55	0·276	3·874
8	Lwów	2.718.856	35	42	39	44	160	0·588	8·254
9	Stanisławów .	1 348.481	4	8	3	9	24	0.177	2·100
10	Tarnopol. . .	1 429.627	1	4	5	5	15	0·105	1·474
11	Poznań . . .	1.974.056	17	17	16	22	72	0·364	5·802
12	Pomorze . . .	939.495	2	1	3	5	11	0.117	1·631
13	Polesie. . . .	876.665	—	—	—	—	—	—	—
14	Nowogródek .	1.300.069	—	—	—	—	—	—	—
15	Wołyń	1.433.157	—	—	—	—	—	—	—
16	Wilno	488.968	—	—	—	—	—	—	—
17	Sląsk	1.125.528	13	20	21	24	78	0 694	9 743
	Razem .	26.841.711	146	219	240	241	846	0·315	4·422

Tak jest nietylko w Województwie lwowskiem, ale we wszystkich Województwach, a nawet w wielu z nich donoszenie o skonach z gruźlicy pozostaje znacznie w tyle poza Województwem lwowskiem. Świadczą o tem wykazy tygodniowe zachorowań i skonów na choroby zakaźne, ogłaszane w Monitorze Polskim, z których dla

przykładu zestawiam poniżej liczbę skonów z gruźlicy, zgłoszonych w 4 pierwszych tygodniach roku bieżącego, to jest za czas od 1-go do 26 stycznia, obliczając, ile według tych danych wypadałoby przeciętnie skonów z gruźlicy w każdem Województwie na 10.000 mieszkańców w okresie czasu od 1 do 26 stycznia b. r. i rocznie.

Zagraniczne biura statystyczne z tych urzędowych wykazów mogłyby błędnie wnioskować, że w Polsce przypada przeciętnie rocznie zaledwie 4.422 skonów z gruźlicy na 10.000 mieszkańców, że na rozległych obszarach Województw: poleskiego, nowogrodzkiego, wołyńskiego i wileńskiego gruźlica wogóle jest nieznana, bo statystyka urzędowa nie wykazuje tam wcale żadnych skonów z gruźlicy, że w 8-miu Województwach, a mianowicie: lubelskiem, tarnopolskiem, pomorskiem, białastockiem, warszawskiem, kieleckiem, stanisławowskiem i krakowskiem odsetka skonów z gruźlicy na 10.00 mieszkańców jest jeszcze mniejsza i to bardzo niższa od przeciętnej śmiertelności z gruźlicy w całem Państwie, a tylko w 5-ciu Województwach, a to: poznańskiem, lwowskiem, łódzkiem, śląskiem i w mieście Warszawie roczna liczba skonów z gruźlicy w stosunku do 10.000 mieszkańców wznosi się ponad odsetkę przeciętną dla całego Państwa.

Oczywiście wszystkie te wnioski byłyby z gruntu błędne, gdyż doniesienia gmin i lekarzy powiatowych obejmują tylko małą część wszystkich skonów z gruźlicy, a tygodniowe wykazy urzędowe świadczą tylko, w jakim stopniu w poszczególnych Województwach lekarze i gminy spełniają obowiązek donoszenia o gruźlicy, czyli do jakiego stopnia doszło w poszczególnych województwach uświadomienie społeczeństwa o konieczności walki z gruźlicą, boć przecie pierwszym warunkiem tej walki jest donoszenie o zachorowaniach na gruźlicę, niebezpiecznych dla otoczenia i o skonach z gruźlicy.*)

Na podstawie statystyki urzędowej stwierdzić można, że to uświadomienie społeczeństwa w niektórych Województwach, a między innemi także w Województwie lwowskiem, poczyniło już pewne postępy i to skłania mię do przedstawienia niektórych danych o or-

---

1) Po przedłożeniu Ministerstwu, G. W. S. Z., niniejszego referatu, zaniechano już ogłaszania w biuletynach tygodniowych o chorobach zakaźnych w „Monitorze Polskim" zachorowań i skonów z gruźlicy. (Przyp. autora).

ganizacji walki z gruźlicą w tem Wojewodztwie i wyników, jakie ona osiągnęła.

Organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

Nawiązując na nowo w czasach powojennych zapoczątkowane tuż przed wojną i w czasie jej trwania usiłiwania do ujęcia walki z gruźlicą w pewną sieć organizacyjną, cały kraj obejmującą, zdawaliśmy sobie sprawę, że poza wielkiemi ogniskami kultury trudno będzie znaleźć gorliwych apostołów tej walki i że, gdyby się nawet zjawili, nie znajdą rychło posłuchu w szerokich kołach społeczeństwa i nie wydobędą z nich tych olbrzymich zasobów pracy i środków materjalnych, jakich walka z gruźlicą wymaga. Ważne bowiem zadania postępu sanitarnego i poprawy zdrowotności mało w naszem społeczeństwie znajdują zrozumienia.

Zrezygnowaliśmy więc na początek z szeroko zakreślonych planów działania, a postanowiliśmy zadawalać się nawet najskromniejszymi wynikami, byle tylko nie przyglądać się bezczynnie tej wielkiej klęsce, która w Polsce więcej, niż gdzieindziej, trapi masy ludowe.

Niepowodzenie akcji Towarzystwa Walki z gruźlicą i Towarzystwa Czerwonego Krzyża, zmierzającej do tworzenia po powiatach Kół do walki z gruźlicą, wskazywało, że należy oprzeć te środki walki na czynnikach urzędowych, nie zatracając jednak ich charakteru społecznego, jako stowarzyszeń statutowych, związanych w pewną całość organizacyjną w centrum Województwa.

Dążono tedy do założenia w każdem mieście powiatowem Koła Walki z gruźlicą, na którego czele stoi Starosta i do którego Zarządu należą: lekarz powiatowy, prezes Rady Powiatowej, burmistrz i lekarz miejski.

Koła powiatowe mają zakładać przychodnie przeciwgruźlicze, przyczem nie krępują się z góry ustanowionemi normami co do urządzenia lokalu przychodni i regulaminu pracy, lecz w miarę środków rozwijają działalność. Tam, gdzie nie można było uzyskać osobnego lokalu na przychodnię, lekarz powiatowy odstępuje dla Koła w pewnych dniach swój pokój ordynacyjny a jeżeli niema funduszów na

opłacenie siostry wywiadowczyni, mimo to Koło nie opuszcza rąk i czyni, co może.

Lekarz powiatowy stara się uświadomić ludność o gruźlicy na rokach urzędowych wójtowskich i przy każdem zetknięciu się z gminami urządza odczyty popularne i stara się zainteresować sprawą Zarządy Kas chorych. W sprawozdaniach półrocznych donosi Województwu o ruchu w Przychodni i o innych pracach Koła.

W ten sposób Urząd Wojewódzki i Ministerstwo uzyskuje dokładny przegląd akcji przeciwgruźliczej w Województwie i może na nią oddziaływać,

Oprócz Lwowa, gdzie Towarzystwo walki z gruźlicą rozwija szeroką działalność, posiada Województwo 23 Powiatowych Kół walki z gruźlicą, a brak ich tylko w 4 powiatach.

We Lwowie i w 19-tu powiatach istnieją przychodnie przeciwgruźlicze, w jednym z nich, mianowicie w Drohobyczu, są nawet dwie przychodnie, uruchomione przez Powiatową Kasę Chorych.

Miejska Kasa chorych we Lwowie posługuje się przychodnią Towarzystwa Walki z gruźlicą, opłacając za swych chorych członków pewną umówioną kwotę.

Ruch chorych w 21 przychodniach był w roku 1923 następujący:

Liczba przyjęć, czyli godzin, w których udzielano porad wynosiła 4.515, udzielono porad 11.550, z tego dzieciom niżej lat 15-tu udzielono 3.004 porad.

Nowych chorych przyjęły przychodnie w 1923 r. 2639, dawnych chorych miały 5.904, razem opiekowały się 8.543 chorymi i ich rodzinami.

Prób tuberkulinowych wykonano 584, plwocinę badano 1822 razy, badań moczu było 1830.

Do szpitali skierowano 225 chorych, do uzdrowisk 435.

Wywiadowcznie odbyły 6.167 odwiedzin chorych.

Ogólne wydatki przychodni w roku 1923 wynosiły 876.885.455 Mkp.

Wzorową przychodnię posiada we Lwowie Towarzystwo Walki z gruźlicą, pozostające pod kierownictwem Prof. D-ra Józefa Wiczkowskiego, niestrudzonego pioniera tej walki w Polsce. Przychodnia ta mieści się w pomieszczeniu lwowskiej Polikliniki przy

ul. Lindego L. 5 i czynna jest codziennie przez dwie godziny. Pracuje w niej 5-ciu lekarzy (w tem 1 laryngolog i 1 lekarz chorób dzieci), 2 studentów medycyny i dwie opiekunki, odwiedzające mieszkania chorych.

W roku 1923 miała Przychodnia lwowska 282 dni przyjęć, udzieliła 3.163 porad, wykonała zabiegów (wstrzykiwań, szczepień, naświetlań) 8.216. Odwiedzin wywiadowczyń było 1.273.

Pozatem lwowskie Towarzystwo Walki z gruźlicą rozwija ruchliwą działalność uświadamiającą za pomocą afiszów, pism ulotnych i niedzielnych wykładów popularnych z pokazami w kinie „Kopernik", organizowanych wspólnie z lwowskiem Towarzystwem Higjenicznem. Odczyty te wygłaszali: Dr. H. Opieński, Prof. Dr. Ostrowski, Doc. Dr. Sabatowski, Prof. Dr. Groer, Prof. Dr. Zalewski i inni.

W roku ubiegłym wprowadzono nowy sposób propagandy wśród rodzin osób, zmarłych na gruźlicę we Lwowie. Wysłannicy Towarzystwa, medycy lub medyczki, odwiedzają te rodziny, udzielają rad co do dezynfekcji i zwalczania gruźlicy w rodzinie i zapraszają całą rodzinę do Przychodni.

Lwowskie Towarzystwo Walki z gruźlicą posiada w Hołosku pod Lwowem sanatorjum barakowe dla osób gruźliczych. Twórca tego Sanatorjum ludowego, Prof. Dr. Wiczkowski, chciał wykazać, że do leczenia gruźlicy nie potrzeba koniecznie wspaniałych budowli i szczególnego klimatu górskiego, gdyż równie dobre wyniki da się osiągnąć przy bardzo skromnych urządzeniach i w miejscowościach nizinnych, leśnych.

Wydatki Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie w roku 1923 wynosiły 3.516.756.598 Mkp.

Z Przychodni po powiatach okazują większą ruchliwość Przychodnie: w Drohobyczu, Jarosławiu, a zwłaszcza w Samborze.

Na osobną wzmiankę zasługuje Powiatowe Koło walki z gruźlicą w Sokalu do którego zwerbował lekarz powiatowy przeważnie włościan, bo inteligencja okazała zupełną obojętność dla sprawy.

Na zebraniu pierwszem Koła było około 400 delegatów gmin, którzy złożyli małe datki na rzecz Towarzystwa. Propaganda żywem słowem lekarza powiatowego dotarła do najszerszych kół ludności i sprawiła, że chłopi boją się gruźlicy i w razie śmierci osoby chorej

na gruźlicę domownicy znoszą do lekarza powiatowego ubranie, pościel i inne ruchomości zmarłego w celu dezynfekcji.

Do takiego masowego uświadamiania ludności przywiązuję wielką wagę.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że ludność nie przyjęłaby niechętnie ustawowego przepisu o obowiązku donoszenia o skonach z gruźlicy i o przymusie dezynfekcji mieszkania i rzeczy po zmarłych na gruźlicę.

Kolonje lecznicze dla dzieci.

W walce z gruźlicą niemałą rolę zapobiegawczą względnie leczniczą odgrywają kolonje letnie dla dzieci i młodzieży, a zwłaszcza kolonje lecznicze.

Do tych celów nadaje się w Województwie lwowskiem szczególnie pobyt dzieci w zdrojowiskach: Iwoniczu i Rymanowie, posiadających solankę, zawierającą jod i brom.

We Lwowie istnieje osobne Towarzystwo Kolonji leczniczych w Rymanowie, posiadające tam dwie własne wille i utrzymujące w porze wakacji 100 dzieci.

Zasobniejsze w środki „Towarzystwo Dzieci na Wieś" wysyła około 100 dzieci na leczenie do Rabki.

Towarzystwo walki z gruźlicą otworzyło w roku ubiegłym w pobliżu uzdrowiska Niemirów dwie małe kolonijki dla dzieci z gruźlicą płuc w Kurnikach i Szczepłotach, do których dojeżdża parę razy w tygodniu lekarz zdrojowy z Niemirowa. Jest to nowy poniekąd typ lecznic przeciwgruźliczych sezonowych, nie wymagających wielkich wkładów i kosztownej obsługi, a mogących przy odpowiednim doborze chorych dać dobre wyniki.

Razem uczestniczyło w roku 1923 w kolonjach leczniczych 343 dzieci, w tem 127 chłopców i 216 dziewcząt.

Na kolonjach letnich wypoczynkowych przebywało 1045 dzieci, w półkolonjach 124 dzieci..

Usiłowania, by kolonje letnie, osobliwie lecznicze, oddać pod nadzór Kół Walki z gruźlicą, nie dopisały.

Gdy obecnie Kolonje letnie przeszły do kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej łączność ich z walką z gruźlicą jeszcze więcej się rozluźni.

Zdrojowiska.

Do całokształtu walki z gruźlicą należą u nas niewątpliwie zdrojowiska solankowe, położone w klimacie podgórskim, w okolicy lesistej, a przepełnione głównie dziećmi i osobami, cierpiącemi na gruźlicę kości, stawów, gruczołów chłonnych. Słusznie podnosi Dr. Sabatowski, że te zdrojowiska mogą u nas zastąpić kąpieliska morskie, tak popularne za granicą w walce z gruźlicą u dzieci. Możnaby ich na Podkarpaciu dziesiątki jeszcze potworzyć nawet przy niewielkim wkładzie kapitałów, gdyż wszędzie, gdzie są państwowe warzelnie soli, byłaby pod ręką także do celów leczniczych solanka ogrzana.

Ze zdrojowisk tego typu na obszarze Województwa lwowskiego miał Iwonicz w roku 1923 gości 5.435, Rymanów 1057 gości, przeważnie z Małopolski wschodniej.

Szpitale.

O ruchu chorych na gruźlicę w szpitalach dopiero od niedawna wprowadzono okresowe sprawozdania, narazie więc brak w tym względzie danych.

Pomoc Państwa.

Daleki jestem od przypisywania bardzo jeszcze wątłym początkom akcji przeciwgruźliczej w Województwie lwowskiej doniośléjszego znaczenia w dobie obecnej. Sądzę jednak, że podtrzymanie i dalsze rozwijanie tej organizacji, a nawet rozszerzenie jej na całe Państwo, mogłoby przynieść sprawie dużo pożytku, gdyby znalazło należyte poparcie finansowe ze Skarbu Państwa. Bo właśnie tam, gdzie brak jeszcze uświadomienia społeczeństwa o pewnych wielkich zadaniach, inicjatywa prywatna w początkach działania wymaga koniecznie pomocy Państwa. Potem, gdy poczynania ludzi światłych i dobrej woli przysposobią już grunt do szerszej akcji, gdy organizacja przez Rząd subwencjonowana wzmocni się i ustali, finansowa pomoc Rządu okaże się zbyteczną. Przedwczesne zaś cofnięcie pomocy Państwa może na zupełne rozbicie narazić to, co z wielkim mozołem i poświęceniem zapoczątkowano a mało potem będzie ludzi, niczem nie zrażających się i zawsze chętnych do podejmowania na nowo prac Syzyfowych.

Dla tego należałoby poczynić staraia, aby pomimo trudności finansowych Państwo nie odejmowało walce z gruźlicą niezbędnych zasiłków.

W roku 1923 udzielił Rząd zasiłku na Przychodnie w Województwie lwowskiem w kwocie 1.000.000 Mkp., a taką samą kwotę dano dla sanatorjum w Hołosku.

Państwo powinno wziąć na siebie podaj 1,3 część wydatków na walkę z gruźlicą, jak to pierwotnie było w planie. Przy takiej normie przypadłoby przychodniom przeciwgruźliczym w Województwie lwowskiem w roku 1923 około 300 miljonów, a lwowskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą ponad miljard Mkp. i przy takiej pomocy Państwa walka z gruźlicą mogłaby czynić poważne postępy.

Reformy społeczne.

Na zmiejszenie klęski gruźlicy oddziałały niewątpliwie wielkie reformy społeczne, które w odrodzonej Polsce sięgły do głębin narodu.

Poprawa skali bytu szerokich mas ludowych, lepsze ich odżywianie się, zapobieganie nadmiernemu przeciążaniu pracą fizyczną uspołecznienie pomocy lekarskiej, rozbudowa szkolnictwa ludowego i oświaty, poskromienie alkoholizmu, wszystko to musi wywrzeć wpłych bardzo korzystny na zdrowotność publiczną przez wzmocnienie odporności ludu przeciw chorobom zakaźnym wogóle, a przeciw gruźlicy w szczególności.

Natomiast czynnikiem wielce niekorzystnym jest brak mieszkań i ich przepełnienie, nędza mieszkaniowa, która zawsze jest krzewicielką wszelkich zaraz.

Wnioski.

Z powyższych danych i na podstawie własnych doświadczeń wysnułbym następujące wnioski:

1. Organizacja walki z gruźlicą powinna opierać się na Powiatowych Kołach walki z gruźlicą, których Zarząd spoczywać ma w rękach miejscowych Kierowników Władz adminisracyjnych państwowych i samorządowych, tudzież lekarzy urzędowych, a które dążyć mają przedewszystkiem do utworzenia powiatowych Przychodni

przeciwgruźliczych i rozwijać usilną działalność, uświadamiającą masy ludowe o gruźlicy, sposobach zapobiegania jej i zwalczania.

2. Organizacja ta, ześrodkowana w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia powinna w większych środowiskach przemysłowych współdziałać z Zarządami Kas chorych.

3. W celu skutecznego zwalczania gruźlicy należy domagać się wydania ustawy o walce z gruźlicą, postanawiającej między innemi obowiązek donoszenia o skonach z gruźlicy i przymus dezynfekcji mieszkań i nieruchomości, pozostałych po zmarłych z gruźlicy.

4. Walka z gruźlicą, mająca doniosłe znaczenie dla narodu i Państwa wymaga wydatnego poparcia finansowego ze Skarbu Państwa, a brak takiego poparcia zniweczyłby zapoczątkowaną akcję przeciwgruźliczą i przez to przyniósłby wielkie szkody społeczeństwu.

Na szczególne poparcie społeczeństwa i Państwa zasługują kolonje letnie dla dzieci i młodzieży, a zwłaszcza kolonje lecznicze.

Dr. Seweryn Sterling i inżynier Antoni Zakrzewski (Łódź)

Sześć lat istnienia Sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi.

Aż do chwili powstania samorządu, miejskiego ani państwo, ani gmina miejska m. Łodzi nie podjęły były żadnych środków ku zwalczaniu gruźlicy. Nie dziw to, skoro gmina m. Łodzi utrzymywała aż do roku 1914 wogóle jeden szpital na 40 łóżek, dla ostrozakaźnych, umieściwszy go w starym zniszczonym budynku drewnianym. Władze państwowe rosyjskie, jak wiadomo, nic nie podejmowały ku poprawie zdrowotności, a jedynie w chwili grożącej epidemji jakiejś choroby zakaźnej — wydawały rozporządzenia.

W tych warunkach cała przedwojenna akcja walki z gruźlicą była w Łodzi, jak i w innych miastach, aktem samoobrony społecznej, działalnością higjeniczno-filantropijną, która w Łodzi skupiła się od roku 1910-go w Lidze przeciwgruźliczej; aż do tego czasu działalność

wyłącznie uświadamiającą prowadził oddział łódzki Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego.

Wybuch wojny światowej przerwał działalność Ligi przeciwgruźliczej na czas paru miesięcy. Podjęta nanowo, popłynęła ona korytem węższem — z dwu powodów: po pierwsze, coraz trudniejszem stawało się oparcie kosztownej akcji praktycznej na ofiarach dobrowolnych; powtóre, założona przy Wydziale Zdrowotności Publicznej Magistratu Sekcja do walki z gruźlicą przejęła większość zadań spełnianych przed wojną przez Ligę przeciwgruźliczą.

Zgodnie z poglądami panującemi w nauce o gruźlicy, Sekcja do walki z gruźlicą za zadanie główne swej działalności uważa walkę z gruźlicą dzieci: o niej przedewszystkiem myślą środki lecznicze — nawet wówczas, kiedy bezpośrednio opiekuje się chorymi dorosłymi. Więc np. w instrukcji poradni Sekcji do walki z gruźlicą punkt 9-ty brzmi: Pierwszeństwo do miejsca szpitalnego ma chory, w którego otoczeniu są dzieci — jako najłatwiej na zarażenie reagujące chorobą.

Walka bezpośrednia z gruźlicą nosi w Łodzi, jeśli mówić o jej organizacji, charakter swoisty, obcy wszystkim innym w byłym zaborze rosyjskim organizacjom o zadaniach podobnych. Dzięki istnieniu w Łodzi przymusu szkolnego lwia część pracy Sekcji do walki z gruźlicą jest prowadzona w porozumieniu z miejskim wydziałem szkolnictwa i przy jego pomocy. Wykonawstwo lecznictwa, o ile ono tyczy uzdrowisk, należy, począwszy od roku 1922, do Wydziału Opieki Społecznej.

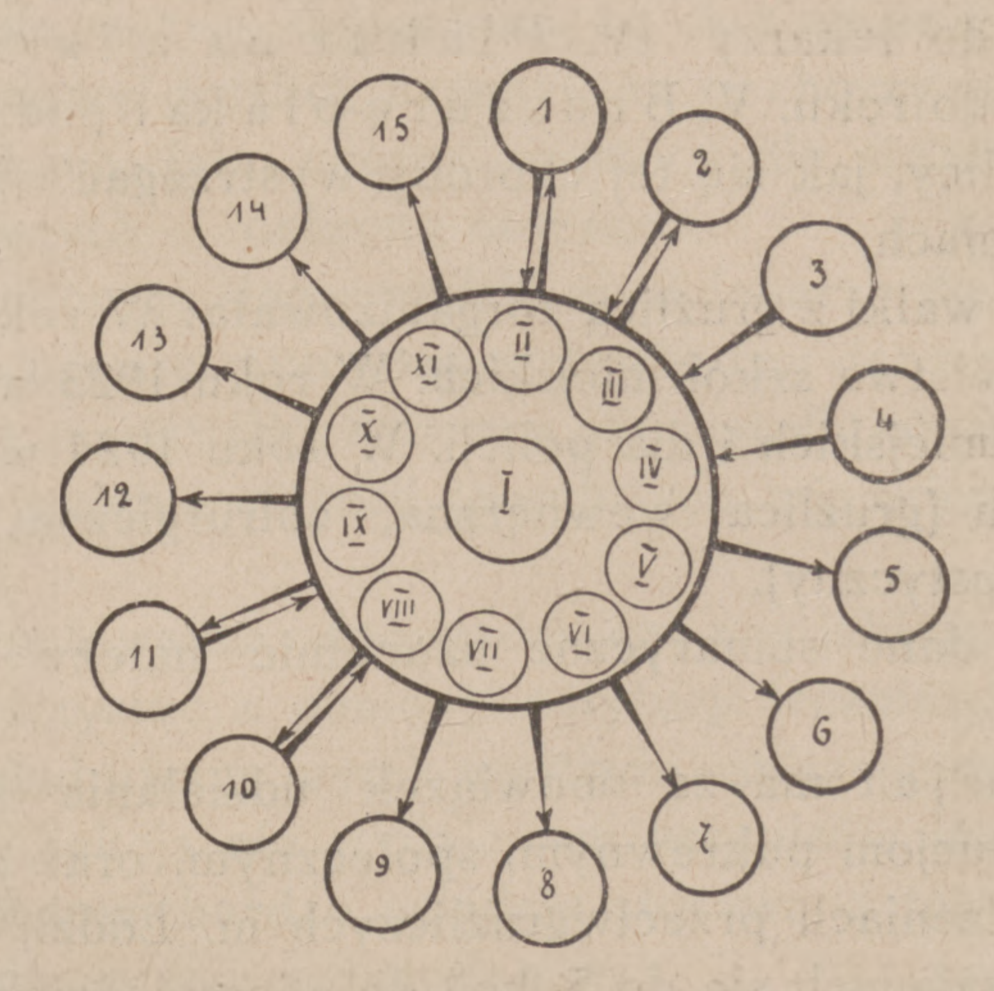
Dziecko kierowane do Sekcji staje się często ogniwem, łączącem Sekcję z rodziną, której członków możemy poddać badaniu, a warunki życia sprawdzić przez sanitarjuszki.

A. Organizacja Sekcji.

I. Sekretarjat: Meldowanie. Rejestracja. Muzeum. II. Interniści. III. Pedjatrzy. IV. Chirurg. Chirurg-Pedjatra. V. Laryngo log. VI. Dermatolog. VII. Stacja tuberkulinowa. VIII. Laboratorjum djagnostyczne. IX. Sanitarjuszki. X. Stacja światłolecznicza. XI. Odkażanie.

1. Gruźlicy i ich rodziny (gruźlica płucna). 2. Gruźlicy i ich rodziny (gruźlica pozapłucna). 3. Kasa chorych. 4. Szkoły (personel nauczycielski, dzieci szkolne). 5. Światłolecznictwo. 6. Roentgen dia-

gnostyczny. 7 .Oddziały gruźlicze w szpitalach miejskich, dla dorosłych. 8. Oddziałych gruźlicze w szpitalach miejskich, dla dzieci. 9. Oddział gruźlicy pozapłucnej w szpitalu miejskim. 10. Oddziały obserwacyjne dla gruźlicy (dla dorosłych i dla dzieci). 11. Wydziały Magisratu: Zdrowotności Publicznej i Opieki Społecznej. 12. Sanatorjum dla lekkogruźliczych pod Łodzią. 13. Sanatorjum letnie dla dzieci szkolnych gruźliczych pod Łodzią. 14. Solanki (Busk, Rabka). 15. Miejscowości klimatyczne (Zakopane).



B. Działalność Sekcji w czasie od 1 maja 1918 do 1 maja 1924 r.

Interniści przyjęli chorych 11633. Pedjatrzy przyjęli chorych 14485. Chirurdzy przyjęli chorych 3180. Laryngolog przyjął chorych (od 1.IX.1920) 129. Dermatolog przyjął chorych (od 1.III 23) 95.

Zastrzyknięć tuberkulinowych djagnostycznych i leczniczych dokonano 11492. W laboratorjum dokonano badań na pałeczki Kocha 10554. Badań krwi morfologicznych wykonano 286. Badań krwi na odczyn Biernackiego (od 1.IX.1923) 418. Na Stacji Światłoleczniczej dokonano naświetlań lampami Kischa (od 15.V.1922) 10280. Sanitarjuszki dokonały wywiadów na mieście 14839. Pomoc chorym chirurgicznym na mieście (od 1.III.20) 4306. Do szpitali ogólnych skierowano 4885. Do sanatorjum dla lekkogruźliczych w Chojnach pod Łodzią skierowano 3573. W Sanatorjum letnim dla dzieci szkolnych gruźliczych umieszczono 1952. Do Solanek wysłano (przez Wydział

Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi) 393. Do Zakopanego wysłano (przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi 115). Odkażeń mieszkań po gruźlicy dokonano (przez Miejską izbę odkażającą) 9455.

Drukiem ogłoszono: Komunikat A. Obraz zadań z zakresu działalności Sekcji; rozsyłany do lekarzy. II. Komunikat B—toż samo, popularnie, rozsyłany do szkół i innych instytucji publicznych. III. Komunikat C.—Zadania Sekcji z zakresu gruźlicy chirurgicznej; rozsyłany do lekarzy. IV. Plakat na miasto, rozlepiany stale dwa razy do roku. V. Broszurę-plakat pod tyt. „O suchotach, czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać", do rozdawania chorym i w szkołach.

Sekcja do walki z gruźlicą zorganizowała: W roku 1922 wykłady dla nauczycielstwa szkół miejskich. W roku 1923 wykłady dla higjenistek szkół miejskich i dla policji. W roku 1924 wykłady dla lekarzy szkolnych (gruźlica wewnęrzna, chirurgiczna, skóry, oczu, Roentgen diagnostyczny).

Powyższe dane sumaryczne uzupełnić należy następującymi szczegółami.

Sekretarjat ma za obowiązek udzielania szczegółowych informacji instytucjom pokrewnym, społecznym, oraz poszczególnym osobom o urządzeniach przeciwgruźliczych m. Łodzi; zarządza kierowaniem zgłaszających się do Sekcji do odpowiednich lekarzy Sekcji, wyznaczając im też dzień i godzinę badania. Prowadzi kontrolę poradni przy pomocy spisu alfabetycznego osób badanych z podaniem numeru formularza i numeru kolejnego. (Kartoteka Sekcji posiada już 25.000 kart indywidualnych pacjentów). Wysyła chorych do szpitali i lecznic; w tym celu otrzymuje informacje o ilości wolnych miejsc w szpitalach. Układa zestawienia statystyczne. Przeprowadza plakatowanie (dwa razy do roku, informacyjne o Sekcji). Rozdaję pacjentom ulotkę: „O suchotach". Zawiadamia lekarzy z miasta o wyniku badania plwocin przez nich do Pracowni rozpoznawczej Sekcji nadesłanych. Kieruje dokonywaniem wywiadów w mieszkaniach chorych na gruźlicę, lub o nią podejrzewanych, przez Sanitarjuszki Sekcji.

Ma pieczę nad muzeum Sekcji, składającem się z preparatów anatomicznych i patologicznych, oraz mulaży i modeli. Sekcja otrzy-

mała to muzeum w spadku po zlikwidowanej Lidze przeciwgruźliczej w Łodzi. Prowadzi biblioteczkę czasopism lekarskich i dzieł z zakresu gruźlicy.

Zadaniem Sekcji jest zogniskowanie wysiłków gminy, kierowanych ku zwalczaniu gruźlicy. Jest ona przedewszystkiem organem rzeczoznawczym w zakresie gruźlicy; jej lekarze są lekarzami epidemicznymi w stosunku do tej najczęstszej choroby zakaźnej.

Lekarze Sekcji, stosując przy badaniu wszelkie metody rozpoznawcze, stoją na tem stanowisku, że chorym na gruźlicę jest ten, kto wykaże objawy gruźlicy czynnej; że ci chorzy wymagają opieki w dwu kierunkach: jako chorzy—pomocy dla siebie, i jako źródło zarazków swoistych — ochrony otoczenia.

Badanie chorego doprowadzić musi lekarza do możności dania odpowiedzi na tak sformułowane pytania: czy dany osobnik jest wogóle chory? czy ma gruźlicę? czynną czy jest dla otoczenia niebezpieczny? czy i z jakich instytucji leczniczych miejskich ma prawo korzystać?

Przy formułowaniu odpowiedzi, czy i w jakiej postaci chory na gruźlicę ma korzystać z pomocy instytucji leczniczych miejskich — lekarz bierze pod uwagę wynik wywiadu sanitarjuszki.

Leków Sekcja nie wydaje, ani przepisów leczniczych. Jedynie wyjątek stanowi bardzo oględnie stosowana tuberkulina i leczenie gruźlicy pozapłucnej naświetlaniami.

Pomimo kierunku przeważnie zapobiegawczo społecznego działalności Sekcji do walki z gruźlicą, różniącego ją zasadniczo od tego typu instytucji, do jakich ludność przywykła, t. j. typu bądź terapeutycznego, bądź filantropijnego —cieszy się Sekcja w mieście dużą popularnością. Już sam fakt istnienia Sekcji jest potężnym środkiem propagandy w walce z gruźlicą.

Dr. med. Lucjan Regmunt-Sobieszczański (Warszawa).

Zarażanie się gruźlicą u dzieci szkolnych i jego zwalczanie u chrześcijan i żydów

Est modus in rebus.

(Wygłoszono na Zjeździe Higjenistów Polskich 10.VI 1924.).

Dla skuteczniejszego zwalczania gruźlicy obecna ftizjologja winna rozróżniać dwie rzeczy zasadnicze: zarażanie się gruźlicą (infectio) i zachorowywanie na nią (morbiditas). Faktem jest, że zarażamy się gruźlicą prawie wszyscy, szczególniej my, miast mieszkańcy (do 98% Naegeli), nie wszyscy jednak zachorowujemy (Strümpell 15%, Dunin 7%). Dla wieku dziecięcego odsetek ten jest stosunkowo mniejszy 1 — 3%. Dane dla dzieci według Lundberga 1,78%, Granchera 1% i Carlsona 1,6%*).

Z danych powyższych należy sądzić, iż — aby zachorować na gruźlicę (ze stanowiska oczywiście klinicznego) trzeba się kilkakrotnie zarazić prątkami Kocha, co zresztą badania Puhla zdają się potwierdzać. Doświadczenie, noszące nazwę fenomenu Kocha, wskazuje wyraźnie, iż organizm zarażony gruźlicą na następne zarażenie reaguje inaczej, aniżeli pierwotnie zdrowy.

Koch mianowicie, wprowadziwszy zupełnie niezakażonej śwince morskiej zawiesinę prątków gruźliczych, otrzymał nacieczenie, a potem niezagajalny wrzód. Była to t. zw. prima infectio. Jeżeli zaś to samo powtórzymy z zarażonem zwierzęciem, to otrzymamy silne nacieczenie miejscowe (aż do zgorzeli włącznie), następnie strup i powierzchowną bliznę, która zniknie po pewnym czasie. Mamy tu zjawisko superinfectionis.

Zarażenie pierwotne u ludzi (prima infectio), badane pierwszy raz przez Kussa (1898 r.), następnie rozpatrywane było przez francuzów, niemców: Ghona, Albrechta i in., Aschoffa, Puhla. Ten ostatni, zbadawszy 131 przypadków, opisał zjawisko zakażenia pierwotnego „wrzodu pierwotnego", (u francuzów

---

*) Znamiennem jest, iż lues hereditaria u dzieci Paryża wynosi 19% (Lemaire i David), a dla Marokka 80% (Comby).

„chancre d'inoculation“), stąd zaś podział gruźlicy na 3 okresy, wzorem kiły, wprost się napraszał i zaczął się szeroko przyjmować we ftizjologji. Przy sposobności zaznaczam, iż okresem I-ym nazywamy obecność odczynu humoralnego bez zmian klinicznych jawnych (odczyn dodatni v. Pirquet'a, a także Calmette-Wolff-Eisnera, Mendla, Mantoux, Moro). Okres II — to zołzy, tuberkuloidy skóry, choroby oczu, skryte postacie, przebiegające jako schorzenia żołądka, serca, krwi etc.

Okres III — zmiany, spowodowane prątkami Kocha, stwierdzane klinicznie w różnych tkankach: płucnej, kostnej, stawów, jako gruczoły ropiejące.

Właściwie „grosso modo“ gruźlica, w naszem rozumieniu pospolitem — to okres III.

Przy okresie I-ym R a n k e odróżnia dwie postacie ogniska płucnego i gruczołowego. Puhl odnajdywał „wrzód pierwotny“ w 90% sekcyjnych wypadków, przyczem w 62% i w płucach i w gruczołach.

Zwykle te ogniska ulegają centralnemu zserowaceniu, przyczem na obwodzie mamy obwódkę zapalną, zawierającą komórki olbrzymie, która otacza (inkapsuluje) środek. Ogniska gruczołowe w odróżnieniu od płucnych nie są nigdy całkiem zamknięte (P u h l). Charakterystycznem jest dla I-go okresu, że w tkance wokoło otoczki niema zmian zapalnych, a samo ognisko, zwykle pojedyńcze, szybko ulega zwapnieniu i nawet skostnieniu.

Reinfekcja zwykle daje wiele ognisk przeważnie wierzchołkowych i duże zmiany naokoło otoczki samego tworu gruźliczego.

Przytaczam te nowsze dane anatomo-patologiczne dlatego, że pozwalają one odróżnić zarażenie pierwotne od powtórnego, nie możemy zaś dłużej rozwodzić się nad tem ze wszech miar ciekawem zagadnieniem, gdyż nas obchodzić tu będzie głównie z a r a ż a n i e s i ę g r u ź l i c ą i stan humoralny dotkniętego organizmu, a nie samo zachorowywanie.

Największym i najniebezpieczniejszym rozsadnikiem gruźlicy będzie chory na gruźlicę człowiek lub zwierzę.

Z tego źródła zarażamy się gruźlicą:

1) przez skórę (O s t e r m a n), 2) przez kanał pokarmowy

(Behring), 3) drogami oddechowemi: a) przez kurz (Cornet); b) przez t. zw. infekcję kropelkową (Flügge).

Ponieważ zarażamy się gruźlicą od lat najmłodszych, więc z tego wynika, iż dzieci należy izolować od chorych z otoczenia ewent. rodziców, ponieważ — jak to wykazał Arnould — odległość mniejsza od 1 metra jest najbardziej szkodliwą i dla zarażania niebezpieczną.

Jeden z badaczy francuskich przytacza wypadek zarażenia się zupełnie zdrowego cielęcia — zebu — przez ssanie chorej, jak wykazała sekcja, krowy hodowlanej.

W pierwszorzędnej oborze hodowlanej w Łękach (pow. Kutnowski), którą zwiedzałem dzięki uprzejmości właściciela p. Józefa Czarnowskiego, corocznie brakują, przez szczepienie tuberkulinowe, chore krowy, a cielęta od krów podejrzanych oddzielają — nie mają też gruźlicy u cieląt.

O ilości krów chorych w Łękach możemy dowiedzieć się z następujących danych: w 1913 r. na 100 krów były 3 chore; 5 podejrzanych; w 1914 r. na 105 — 9 podejrzanych; w 1919 r. na 95 krów — 2 chore.

Nawiasowo tutaj nadmienić muszę, że próby moje tuberkilinizacji metodą nacięć lilaków (Syringa vulgaris) żadnych rezultatów nie dały.

Widzimy zatem, iż drogi zarażania są b. rozmaite i teoretycznie rozumując, duży odsetek musi być dotknięty tem cierpieniem.

Za probież zarażenia się gruźlicą obrałem odczyn skórny v. Pirqueta, zmodyfikowany do zwykłego kreskowego nacięcia z kontrolą u góry.*) Odczyn Pirqueta jest mieszaniną uodpornienia (immuniza-

---

*) Trzeba przyznać, że zapoznawano własności biologiczne samej tkanki skórnej, jak to stwierdza Vollmer (Klin. Woch. Nr. 37 i 41 1923 r.). Przypomina on działanie skóry na wydalinę nerek (po zastrzyknięciu 0,3 cm^3 0,9$^0/_0$ NaCl wśródskórnie, lub oziębienie skóry stwierdza alkalozę).

W literaturze mamy wypadki związku skóry z płucami:

1) Prof. Parisot (Commun. au Congrès de Méd. legale, Mai 1914) przytacza wypadek śmierci zdrowego poprzednio 28 l. marynarza, palacza okrętowego, w 5 miesięcy po oparzeniu na gruźlicę płuc.

2) Jourdan podaje wypadek śmierci na suchoty kobiety po oparzeniu twarzy i szyi, gdy rany się już goiły.

Przypuszczano działanie nerwowe lub toksyczne.

cji) i uczulenia (sensybilizacji), odczynem swoistym dla gruźlicy, chociaż w niektórych chorobach (np. odra) znikającym bądź wskutek przesycenia skóry surowicą, bądź wyczerpania jej odczynów na inne potrzeby (mówi się wtedy o braku komplementów).

Jak wiadomo, odczyn może być różny; mierząc prostopadle do nacięcia skórnego cyrklem i odkładając na metalowej podziałce, otrzymamy dane w mm; otóż widziałem odczyny od 3 mm do 120 mm, zatem różnej intensywności przy jednakowej technice i pojedyńczem nacięciu. Zależy to, oczywiście, od samego organizmu. Niektóre ustroje wcale nie reagują, bądź wskutek zupełnego braku odtrutek na jad tuberkulinowy (używam tylko A. T. K.), bądź wskutek poprzedniego związania z jadem gruźliczym, wytwarzanym przez sam organizm, dotknięty gruźlicą, np. słabo odtrutki wytwarzający.

Nacięcia robię na prawem ramieniu.

Czy organizm wytwarza wogóle antytoksyny gruźlicze? Oczywiście, o czem poucza nas reakcja Bordet-Gengou, stosowana z surowicą krwi chorego na gruźlicę. Musimy zatem stwierdzić istnienie przeciwciał gruźliczych, szczególnie zaś przeciwtuberkulinowych.

Ustalamy więc, iż prątki gruźlicze (antygieny, wywoływacze), ciała białkowe, dostawszy się do organizmu, wywołują przeciwciała (amboceptory Ehrlicha, substances sensibilisatrices Bordeta).

Przeciwciała, których powstanie wywołały substancje, wytwarzane przez mikroby t. zw. toksyny, noszą nazwę antytoxyn (odtrutek).

Stara tuberkulina Kocha ma własności wiążące dla przeciwciał, zawartych w surowicach gruźlików, jak to wykazali Bordet, Gengou. Jednak z drugiej strony surowica gruźlików wiąże prątki gruźlicy ptasiej, prątki masłowe Rabinowicza, prątki d'Arloing'a i inne kwasoodporne. Według M a s s o l a toż samo da się powiedzieć o p r ą t k a c h B e h r i n g a.

Odczyn jedni przypisują antialbuminom, antilipoidom (Much i Leschke), inni fosfatydom (Meyer, Deilmann).

Następnie prace podjęte nad znalezieniem odczynu swoistego dla wydzielin toksycznych ustroju chorego — badania nad odczynem biologicznym, sposobem Mantoux, podjęte przez Wildbolza dla moczu chorych — nie dały możności pomimo zawiłej i kłopotliwej techniki wykrycia c e c h s w o i s t y c h.

By zbadać zarażanie się gruźlicą i zobrazować szerzenie się jej u ludzi, przeszczepiłem sposobem v. Pirqueta około 1500 dzieci, różnego wieku i płci. Większość z danemi wieku umieściłem w tablicach.

Przejdziemy zatem do naszych badań nad odczynem biologicznym v. Pirqueta u dzieci.

Szczepiłem dzieci żydowskie i chrześcijańskie.

Rozpatrując tablice poglądowe, przechodzimy do tablic tyczących się żydów.

Tablica I A.

8 l.	1	(50%)	1	6	(30%)	14
9 l.	3	(42%)	4	18	(42%)	25
10 l.	5	(50%)	5	10	(24%)	31
11 l.	3	(60%)	2	19	(44%)	25
12 l.	2	(40%)	3	19	(47%)	21
13 l.	3	(75%)	1	11	(64%)	6
14 l.	1	(100%)	—	9	(50%)	9
15 l.				1	(20%)	9
16 l.				2	(100%)	—

Zatem na 264 szczepień v. Pirqueta u Żydów mamy 113 rezultatów dodatnich, co stanowi 42,8%.

Zbyt małe liczby (wszystkich 34) dla chłopców wynikają z trudności robienia tych badań u żydów, ze względu na ciemnotę i podejrzliwość dla nowych prądów i poczynań. Na tem miejscu uprzejmie dziękuję dr. med. Federmanowi za umożliwienie mi pracy.

Z moich szkół chrześcijańskich (wyjąwszy kilku żydów) przedstawiam obfity materjał na następującej tablicy:

Tablica IB.

6 l.	—	—	—	—	1	1	2	50
7 l.	14	9	23	60	16	25	41	38
8 l.	74	59	133	56	62	54	116	53
9 l.	79	48	127	62	75	58	133	59
10 l.	72	32	104	70	80	30	110	73
11 l.	54	27	81	67	37	24	61	60
12 l.	26	19	45	58	28	19	47	60

13 l.	18	18	36	50	9	4	13	70
14 l.	6	5	11	54	9	6	15	60
15 l.	2	—	2	100	11	7	18	61
16 l.					2	3	5	40
17 l.					1	1	2	50
18 l.					1	—	1	100
19 l.					1	—	1	100

Dla chłopców chrześcijan mamy 61,4% rezultatów dodatnich;
dla dziewczynek chrześc. „ 58,7% „ „
Dla chłopców żydów „ 51 % „ „
dla dziewczynek żydówek „ 41,3% „ „

Z cyfr powyższych widzimy, iż:

1) Odsetek prób dodatnich w obu grupach męskich jest wyższy niż w odpowiedniej żeńskiej;

2) Odsetek jest większy u chrześcijan, niż u żydów.

Punkt pierwszy jest w zgodzie z innemi badaniami.

A. Sokołowski znajduje odsetek dla mężczyzn wyższy niż dla kobiet.

Koszutski w swej pracy dla Kalisza (1200 szczepień v. Pirqueta) podaje dla chłopców 76,3%, dla dziewczynek 71,72%. Inni badacze podają li tylko ogólne cyfry (Biehlerowa 55,1%, Zandowa 33,8%).

O tem, że żydzi mniej chorują i mniej na gruźlicę umierają, wiemy od licznych autorów cudzoziemskich (Lombroso, Calmette, którzy aczkolwiek operują nieznacznym materjałem, jednak mogą wniosek ten postawić.

W naszem piśmiennictwie pytanie to jest stawiane od przeszło stu lat, przyczem część autorów (Klarner, Baranowski i in.) wypowiada zdanie wręcz przeciwne.

Wśród autorów, którzy ciekawą tę kwestję zachorowywania chrześcijan i żydów na gruźlicę poruszali, panuje tak znaczna rozbieżność zdań z tego powodu, iż teoretyczne rozważania w pratyce nie zawsze się sprawdzają.

Pierwszym, zdaje się, który poruszył u nas sprawę zdrowotności wśród żydów, był Sekretarz W. T. Lek. i wzięty lekarz dr. Jan Theiner, który w 1821 r. wygłosił odczyt p. t. „O żydach polskich, sposobie ich życia i najgłośniejszych mię-

dzy nimi panujących chorobach" (Pamiętnik T. L. W., t. IV, z. I).

W dziełku swojem mówi o ich przesądach, zabobonach, brudzie, chorobach i t. d. mniemając, iż więcej podlegają wszelkim chorobom zakaźnym, niż chrześcijańska część ludności polskiej.

Podkreśla ich opłakane warunki higjeniczne, unikanie pracy fizycznej („próżnowanie"), skąpe żywienie się, oraz wczesne małżeństwo. Brud i wyniszczenie organizmu stają się główną przyczyną chorób takich, jak świerzba i choroba skrofuliczna, najbardziej wśród żydów grasujących.

Podobnego zdania jak Theiner, jest również Szymon Klarner (1892 r.), który znajduje u dzieci żydowskich większy odsetek gruźlicy (27), niż u ludności chrześcijańskiej, czy to miejskiej (10), czy to wiejskiej (4). Wogóle uważa, że u żydów jest więcej gruźlicy, podając, jako przyczynę, złe odżywianie, brud i wczesny ożenek przy słabym rozwoju cielesnym.

Innego natomiast był zdania w swych pracach o gruźlicy wśród chrześcijan i żydów Sokołowski, który dowodził, iż chrześcijanie chorują i zapadają na gruźlicę, i to przy dużym materjale w stosunku 2 : 1 (1 zmarły suchotnik na 350 i 700 mieszkańców). Przytacza statystykę od 1900 do 1902 roku dla Warszawy.

Tablica II.

	Warszawa:			Gruźlica:
1900 r.	1264 chrz. (11,5%)	i 356 ż. (9%)	na	43[illegible]082 chrz. 249928 Ż.
1901 r.	1246 chrz. (11%)	i 369 Ż. (8%)	na	457276 chrz. 254722 Ż.
1902 r.	1246 chrz. (13%)	i 376 Ż. (10%)	na	472801 chrz. 263824 Ż.

% ogólnej śmiertelności. Zgadza się to z nowszemi badaniami Wincentego Boguckiego.

Biegański 1904 na 421 chorych gruźlików w Częstochowie znalazł 343 chrz. (81,5%) i 78 Ż. (18,5%), gdzie wynosili 31%.

Jako przyczynę tego podaje hipotezę doboru naturalnego pod tym wzgędem u Żydów.

Chłapowski podkreśla tutaj lepszą kontrolę rzezi bydła u Żydów, gdyż z tego źródła może być dużo zakażeń.

Następnie sprawą tą powtórnie zajął się Sokołowski (1912) i przejrzawszy dziesięć tysięcy swych pacjentów znalazł w tej liczbie 37,87% gruźlików, co stanowi dla chrześcijan (5000) **40,26**% (2013), dla Żydów **35,48**% (1774). Odsetki według płci będą następujące: dla chrześcijan **M.** 58%, **K.** 42%; dla Żydów **M.** 62%, **K.** 38%.

Z innych autorów Seweryn Sterling (Łódź) i Cenner (Radom) podkreślają śmiertelność z powodu gruźlicy u Żydów o ½ mniejszą, aniżeli u chrześcijan.

Koszutski wspomina o próbie v. Pirqueta u dzieci chrześcijan i Żydów: mianowicie na 1100 szczepień u chrześcijan miał rezultatów dodatnich **75,1**% (73, 75, 76, 72, 85,42), na 100 szczepień u Żydów plusów **63**%.

Wyczerpującej pracy, tyczącej się Szpitala Dzieciątka Jezus W. Starkiewicz i T. Gryglewicz (1903), podając odsetek gruźlików w szpitalach na 17,5 znajdują, że Żydzi mniej chorują (5,13 do 6,68), lecz znacznie mniej umierają na gruźlicę w szpitalach (20,57 do 49,18 dla Warszawy, oraz 21,12 do 42,93 dla prowincji.

Reasumując te wszystkie dane, musimy powiedzieć, iż mniejszy odsetek u Żydów stanowi zdaje się rezultat znacznie wcześniejszej urbanizacji u Żydów niż u chrześcijaan, czego rezultatem jest większa Żydów na gruźlicę odporność.

Podobne zjawisko możemy przejrzeć na murzynach z kolonji francuskich, którzy dając z początku mały odsetek Pirqueta (4%), w dalszych kolejach życia garnizonowego znacznie go podwyższają.

Badania nasze tem są ważne dla higieny praktycznej, iż ilustrują grozę klęski gruźliczej wśród dziatwy szkolnej i każą nam się starać zwalczać tę klęskę. Szczególniej powinniśmy zwrócić uwagę na jednostki ze zmianami stwierdzonemi klinicznie, lecz bez lub ze słabym Pq. Te osobniki — po wypadkach gruźlicy otwartej (Koch †), które trzeba usuwać ze szkół, — powinny szczególniej być obserwowane przez higjenistę — lekarza szkolnego.

Wszelkie metody zwiększenia odporności komórek winny być tu stosowane pieczołowicie, przy wysyłaniu na kolonje lecznicze dzieci te mają pierwszeństwo bezwzględne.

Gimnastykę dla tych dzieci winno się prowadzić na powietrzu

(Ichod), oddzielnie dla chłopców i dziewczynek. Dobrze jest łączyć z tem śpiewy chóralne.

Gruźlica otwarta, czy to dzieci, czy to nauczycielstwa jest b. niebezpieczna dla uczni.

Zobrazuje to nam następujące zestawienie.

Badałem tu dzieci według oddziałów, otrzymawszy co następuje:

(Chrześcijanie)

S. M. (M)I-a 71%; I-b 63%; **I-c 81**%; II-a 41%; II-a 41%; II-b 77%; II-c 76%; II-d 50%.

S. M. 66 (Z) I-a 52; I-b 53; I-c 58; II-a 75; II-b 64%.

S. M. 44 (Koeduk.) I-a (m) 70; I-b (ż) 50; II-a (m) 63; II-b (ż) 56%.

S. M. 39 (Koeduk.) I—47; II-a 53; II-b 67; II-c 72%.

S. M. 82 (Koeduk.) I—70%

(Żydzi)

S. M. 77 (Z) I (22) 41% (c. 66,6%, Dz.: 36,8%); II (41) 34,2% (c. 40 D. 33,3) III A. (23) 39,1% (c. 50, Dz. 35) do **33 mm.** III B (32) 46,9% (c. 100, Dz. 37) IV (31) 51,6% (c. 100, Dz. 48,3. V (35). 54,3% (c. 100, Dz. 50). VI (Dz.) (23) 43,5%.

W statystyce tej musimy podkreślić:

1. Większy odsetek prób dodatnich w równoległych oddziałach męskich, niż żeńskich.

2. W koedukacyjnych — według lat dobranych oddziałach, odsetek wzrasta z wiekiem.

3. Mniejszy wogóle odsetek w oddziałach żydowskich.

4. Największy odsetek — 81% przypada na oddział, gdzie nauczycielka miała sprawę płucną czynną.

Zbadawszy szczegółowo warunki tego oddziału przekonałem się, że pokój szkolny na 26 uczni miał 36 m.^{2}, co daje 1,4 m.^{2} na ucznia, wysokość wynosiła 3,3 metra; powierzchnia świetlna składała się z 3 okien: 3 (1,08 × 1,83) = 5,9292 m.^{2} ca. 6 m.^{2}, co daje 16,7%.

Warunki są zatem zadawalające, szkoła — poranna.

U tychże 26 chłopców badania domowe z wywiadami wykazały dane przeciętne: u 4 w rodzinie najbliższej była gruźlica, u 1 na suchoty umarł ojciec, u 1 — matka. Przy jednostkowem badaniu

znaleziono u 22 znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, przeważnie szyjnych, jeden z malców przebył zapalenie płuc.

Wszystko to wskazuje, iż dzieci, niestety, zakażane były głównie w szkole.

Zatem próba v. Pirqueta, tak prosta w wykonaniu, winna znaleźć liczniejsze zastosowanie w szkołach, niż to ma miejsce obecnie, kiedy ogół nieufnie odnosi się do medycyny społecznej, odczuwając ingerencję lekarza w tej dziedzinie jako zamach na swobodę indywidualną.

Tak dalej być nie może i należy nieświadomych pouczyć o konieczności i zbawienności tych poczynań i wpoić w nich przekonanie, że tylko na drodze zapobiegania chorobom leży szczęście ludzkości.

Nieszkodliwość i pożyteczność próby v. Pirqueta stwierdza: u 73 dzieci różnego wieku (8—16) po szczepieniu nie było ani temperatury, ani ubytku na wadze, przeciwnie przyrost (od 0,2 do 1,1 klg.).

Pamiętamy o tem my, lekarze szkolni, i staramy się zaznajomić ogół nauczycielstwa z istotą gruźlicy przez wykłady i wciąganie do czynnego jej zwalczania przez Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą.

Sądzimy, iż na tej drodze uzyskamy duży postęp.

Dlatego Zjazd uchwalić raczy, co następuje:

1. Należy stosować próby v. Pirquet'a w celach rozpoznawczych w szkołach, dla wyodrębnienia dzieci zarażonych i chorych.

2. Dzieci z otwartą gruźlicą usuwać.

3. Gruźliczych nauczycieli i nauczycielki wysyłać przez odpowiednie czynniki dla leczenia klimatycznego.

Punkty 2-gi i 3-ci z powodu wielkiego niebezpieczeństwa (do 81%) zarażenia gruźlicą dużego % dzieci).

4. Ćwiczenia fizyczne dla dzieci obowiązkowo prowadzić na powietrzu (w połączeniu z oddychaniem i śpiewami).

5. Otwierać szkoły lasowe (Hewelke).

6. Nie przeciążać dzieci zbytnią nauką.

Przy sposobności z prawdziwą przyjemnością dziękuję za pomoc przy pracy niniejszej pp. F. Balukiewiczównie, dr. W. Starkiewiczowi i dr. M. Roszkowskiemu.

Dr. Stanisław Wąsowicz (Warszawa).

Asystent Szpitala Wolskiego, lekarz przychodni przeciwgruźliczej im. Prof. D-ra Alfreda Sokołowskiego.

Znaczenie pracowni przy przychodni przeciwgruźliczej.

Badania laboratoryjne posiadają duże znaczenie, stają się niezbędnemi w praktyce lekarza i coraz więcej rozpowszechnia się pogląd, że dokładne ustalenie rozpoznania, a za niem leczenia i rokowania, bez laboratorjum jest wielce problematyczne. Z politowaniem lekarz-klinicysta odzywa się zwykle o praktyce ambulatoryjnej, w której większości badań przeprowadzić nie można, część zaś, wykonywana w odrębnych laboratorjach, przychodzi opóźniona, często nieaktualna. Uniknąć tego można przez równoległą pracę kliniczną i laboratoryjną.

Znaczenie tej współpracy w przychodni przeciwgruźliczej jest niezwykle cenne pod względem djagnostycznym i leczniczym.

W wieluż przypadkach początkowej gruźlicy płuc, w których zmiany fizykalne są minimalne, wynik dodatni badania plwociny potwierdzi rozpoznanie kliniczne i pozwoli chorego wziąść w opiekę przychodni, nie łudząc jego ani rodziny rozpoznaniami w rodzaju „kataru wierzchołka"!

Zdarza się często, iż chorzy dotknięci rozszerzeniem oskrzeli w następstwie włóknistej gruźlicy lub marskości płuc, są leczeni ambulatoryjnie z powodu uporczywego kaszlu z obfitą wydzieliną jako suchotnicy, tymczasem dokładne wielokrotne badanie plwociny wykaże rzeczywistą przyczynę obecnych dolegliwości.

Częste też są przypadki, że chorzy obchodzą lekarzy różnych specjalności z powodu przewlekłego stanu podgorączkowego, wreszcie, jako podejrzani o sprawę gruźliczą przybywają do przychodni, gdzie dokładne badanie kliniczne, uzupełnione przez badanie plwociny, roentgenoskopję i badanie moczu, wykaże, iż nie gruźlica, lecz przeoczone przewlekłe zapalenie miedniczek jest źródłem gorączki.

Liczni są również chorzy, którzy ze skargami na uporczywe bóle w klatce piersiowej obeszli wielu lekarzy, otrzymując różne wska-

zówki lecznicze i, wreszcie, z niepokojem, czy nie są dotknięci suchotami, zgłaszają się do przychodni, gdzie badanie plwociny, nie wykazujące prątków gruźliczych, łącznie z roentgenoskopją potwierdza rozpoznanie tak dokuczliwych i częstych zrostów opłucnowych. Cóż z tego? — To samo przypuszczało zapewne wielu z pośród poprzednio badających lekarzy, których zlecenia chorym nie pomagały. Lekarz przychodni również nie usunie tych dolegliwości, lecz na podstawie wyników badania chorego uspokoi, wytłumaczy mu wtedy śmiało istotę cierpienia, z którem trzeba się pogodzić jako ze smutną koniecznością.

Niemały jest też zastęp neurasteników ftizjofobów, których można było przekonać, że są zdrowi i zdolni do pracy, tylko zawdzięczając licznym i dokładnym badaniom lekarskim.

Systematyczne te badania mają jeszcze inną wartość, a mianowicie: dają możność zupełnie przedmiotowego ocenienia przebiegu schorzenia. Przybywanie na wadze, poprawa stanu ogólnego nie uśpią czujności lekarza, dopóki w skąpej często plwocinie stale będą wykrywane prątki Kocha. Odwrotnie, znikanie prątków w plwocinie łącznie z innemi danemi jest najlepszym sprawdzianem poprawy zdrowia.

Lecz nietylko djagnostyczne korzyści przynosi nam obecność podręcznego laboratorjum w przychodni przeciwgruźliczej. — Mam na myśli wpływ dokonywanych badań laboratoryjnych na psychikę chorego. Chory widzi, że lekarz nie tylko „popukał, posłuchał", a potem przepisał receptę, chory przekonał się, że został zbadany dokładnie i że w rozpoznanie jego cierpienia włożono dużo pracy, opartej na nowoczesnych badaniach lekarskich.

O ileż łatwiej wtedy trafić do przekonania choremu, by nasze zlecenia lecznicze i zapobiegawcze wykonywał dokładnie, oraz nawiązać między chorym i przychodnią ścisły kontakt, który jest niezbędny w społecznej walce z gruźlicą.

Z badaniem plwociny nie zwleka się do wskazania lekarza. Chory zaraz po przybyciu do przychodni odpluwa do podanego mu naczynia, zaś w razie niemożności oddania plwociny przynosi ją nazajutrz do przychodni. Do gabinetu lekarskiego chory przychodzi nietylko ze zmierzoną ciepłotą, ale i z wynikiem badania plwociny.

Poniżej podaję dane liczbowe z czynności pracowni przy przy-

chodni przeciwgruźliczej im. Prof. Dr. Alfreda Sokołowskiego za czas od 1 maja do 1 listopada r. b. W tablicy tej zestawiony jest stosunek liczbowy chorych, zgłaszających się do przychodni po raz pierwszy i ponownie, do ilości zbadanych plwocin z wyszczególnieniem wyników, oraz inne badania.

Miesiąc	Chorzy zgłaszający się po raz pierwszy			Chorzy zgłaszający się ponownie			Kał	Moer	Pirquet	Wassermann	Roentgen
	ilość	w plwocinie Koch +	w plwocinie Koch —	ilość	w plwocinie Koch +	w plwocinie Koch —					
maj	148	33	57	259	38	81	9	33	53	1	54
czerwiec	140	16	60	197	39	73	5	31	33	—	18
lipiec	107	17	45	218	56	47	4	31	16	3	37
sierpień	137	19	52	116	50	56	3	48	29	1	27
wrzesień	85	14	25	239	56	64	3	21	14	7	21
październik	98	12	40	276	52	87	8	42	23	2	29
razem za ½ roku	715	111	279	1305	291	408	32	206	168	14	186

Uwaga. Badania krwi na odczyn Wassermanna i roentgenoskopja wykonywane były poza przychodnią.

Z tablicy tej łatwo obliczyć, że od 49% (maj, wrzesień) do 70% (sierpień) chorych miało zbadaną plwocinę. Ogółem 37% zbadanych plwocin dało wynik dodatni. Z liczby 715 nowych chorych u 111 (15,5%) badanie plwociny wykazało prątki Kocha.

Przy badaniu plwociny należy posługiwać się znaną metodą Ziehl-Neelsena. W przypadkach wielokrotnie otrzymywanych wyników ujemnych należy stosować badanie metodą homogenizacyjną.

Zorganizowanie podręcznego laboratorjum przy przychodni przeciwgruźliczej nie jest zbyt trudne. Oto spis niezbędnych przyborów i odczynników: 1) mikroskop z imersją, 2) wirówka, 3) skaryfikator, 4) uszko platynowe, 5) kran wzgl. naczynie z wodą, umieszczone na półce, 6) naczynia do moczu, 7) szkiełka zegarowe (większe) do plwocin, 8) szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, 9) lejek, 10) probówki zwykłe i do wirownicy, 11) palnik gazowy lub lampka spirytusowa, 12) fuksyna karbolowa Ziehl-Neelsena, 13) 3% kwas

solny w alkoholu, 14) błękit metylenowy Mansona, 15) olejek cedrowy, 16) kwas octowy, 17) odczynnik na cukier Heinesa lub Nylandera, 18) stara tuberkulina Kocha, 19) jałowy rozczyn soli fizjologicznej, 20) bibuła do filtrowania oraz odczynniki do homogenizacji plwociny, stosownie do używanej metody.

Wyszczególniony powyżej wykaz przedmiotów, niezbędnych dla urządzenia skromnej pracowni przy przychodni przeciwgruźliczej, nie wymaga nawet w czasach obecnych zbyt wielkich kosztów. Zaś praca lekarska w dobrze urządzonej przychodni zyskuje na zaufaniu, dając możność roztoczenia opieki nad liczną rzeszą chorych, dotkniętych lub zagrożonych gruźlicą, na zwalczenie której społeczeństwu nie wolno skąpić sił, ani żałować środków.

IV Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą.

(Lozanna 5 — 7 sierpnia, 1924 r.)

Po raz czwarty po wojnie zebrali się ftizjologowie, należący do Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą, by omówić kwestje, dotyczące tej wielkiej klęski społecznej.

Pierwsza konferencja, zwołana rzez Francuski Komitet do walki z gruźlicą, odbyła się w Paryżu w 1920 r., druga — w Londynie w 1921 r., trzecia — w Brukseli w 1922 r., czwarta — w Lozannie.

Około 450 osób uczestniczyło w konferencji, reprezentując 27 państw, należących do Związku.

Uroczyste otwarcie konferencji nastąpiło 5 sierpnia w auli pałacu de Rumine przez p. Chuarda, Prezydenta Rzeczypospolitej, który w przemówieniu wspomniał, iż Szwajcarja wydaje rocznie około 12 miljonów franków na zwalczanie gruźlicy, czyli 3 fr. na obywatela, natomiast obecna sytuacja finansowa kraju dotychczas nie pozwala na uchwalenie prawa przeciwgruźliczego, wymagającego dużych środków pieniężnych.

Po Prezydencie przemawiali p. Dewez (Belgja), przewodniczący Komitetu wykonawczego Związku, p. Morin (Szwajcarja), przewodniczący konferencji, prof. Leon Bernard (Francja), sekretarz jeneralny Związku, i prof. Arthus, dziekan wydziału lekarskiego w Lo-

zannie, który w pięknem przemówieniu porównał pracowników na polu walki gruźlicą do nieznanych budowniczych katedry lozańskiej, będącej arcydziełem sztuki, podziwianem przez pokolenia. Tegoż dnia prof. Calmette z Paryża wygłosił odczyt p. t. „Czy znajdują się w przyrodzie lub czy można sztucznie stworzyć postaci saprofityczne prątka Kocha, które byłyby podatne do przejścia w prątek gruźliczy złośliwy?" (Existe-il dans la nature ou peut-on créer artificiellement des formes saprophytiques du bacille de Koch, qui soient susceptibles de se transformer en bacille tuberculeux virulent).

W wstępnej części odczytu Calmette podaje, iż w nauce znane są liczne postaci prątków, podobnych morfologicznie do prątków gruźliczych, posiadających własności nieodbarwiania się kwasami i alkaljami po zabarwieniu sposobem Ziehla. Otóż prątki te, zw. prątkami rzekomogruźliczemi, znajdowane są w różnych środowiskach (prątek trądu Hansena, prątek trądu szczurów Stefańskiego, prątek żółwi Friedmanna i t. p.). Większość z nich istnieje w przyrodzie w charakterze saprofitów w mleku, maśle, wydzielinach ludzkich i zwierzęcych, w rurach kanalizacyjnych i t. p.

Po omówieniu cech morfologicznych i fizjologicznych prątków rzekomogruźliczych, Calmette przedstawił dotychczasowe badania nad możliwością przejścia tych prątków w prątki gruźlicze.

Po przytoczeniu badań Dubarda, Bataillona i Terre'a (1897) nad prątkami w guzach karpi, badań W. Kollego, H. Schlossbergera i W. Pfannenstiela (1921), J. Igersheimera i H. Schlossbergera (1921), wykazujących możliwość przejścia prątków rzekomogruźliczych w prątki Kocha, oraz badań Br. Langego, Br. Heymanna i Waltera Straussa, nie potwierdzających wyników prac poprzednich autorów, Calmette, na podstawie doświadczeń przeprowadzonych z A. Boquetem i L. Nègrem, dochodzi do wniosku, iż w obecnej chwili niema dostatecznych danych naukowych do uznania prątków rzekomogruźliczych za podatne do nabywania własności prątków Kocha.

Co się tyczy badań nad przejściem prątka gruźliczego w prątek rzekomogruźliczy, to dotychczasowe badania również tego nie wykazały.

J. Ferran z Barcelony, J. Auclair i Vaudremer z Paryża otrzymywali przez zmienianie składników pożywek odmiany prątków, zbliżonych do prątków rzekomogruźliczych, które następnie znów zmieniano w prawdziwe prątki gruźlicze.

Calmette'owi i C. Guérinowi udało się po dokonaniu 230 hodowli w ciągu 13 lat otrzymać prątki kwasoodporne, o własnościach stałych, pozbawione złośliwości dla wszystkich gatunków zwierzęcych, nie wywołujące w organizmie gruzełków, jakkolwiek części składowe tych prątków są trujące i zdolne do wytwarzania tuberkuliny.

Otrzymane prątki służą Calmette'owi do robienia szczepionek przeciwgruźliczych.

Są to, według Calmette'a zmienione fizjologicznie prawdziwe prątki Kocha, wytwarzające taką samą tuberkulinę, jak prątki złośliwe, rosnące przy 38° i wywołujące po wstrzyknięciu zwierzętom powstawanie w organizmie przeciwciał.

W ostatniej części odczytu Calmette omówił próby dokonywania szczepień z prątkami rzekomogruźliczemi (F. Klemperer, Friedmann, Beck, B. Lange, Calmette i C. Guérin), które nie dały wyników dodatnich.

W ostatecznym wniosku Calmette wyraża przypuszczenie, iż prątki rzekomogruźlicze są nieszkodliwe dla ludzi i zwierząt i nie odgrywają roli w szerzeniu się gruźlicy w przyrodzie.

W dyskusji P. Bezançon i A. Philibert (z Paryża) zwrócili uwagę, iż prątki rzekomogruźlicze znajdowane są zwykle w otoczeniu ludzi lub zwierząt chorych na gruźlicę, i skłonni są uważać je za prątki gruźlicze zwyrodniałe. Uznając, na podstawie własnych badań, odmienne cechy prątków gruźliczych, hodowanych w warunkach specjalnych, twierdzą stanowczo, iż tylko prawdziwe prątki gruźlicze mogą wywołać gruźlicę. P. Courmont (z Lugdunu) zapoznał z własnemi badaniami nad odczynem aglutynacyjnym w gruźlicy, Vaudremer (z Paryża) przedstawił badania nad przystosowywaniem się prątka gruźliczego do różnych środowisk, Nathan Raw (z Londynu), Maher (z Ameryki), E. Pruvost (z Paryża), H. Schroetter (z Wiednia), Irimescu (z Bukaresztu) i inni dorzucili własne uwagi i spostrzeżenia.

Drugi odczyt wypowiedział Prof. H. Forssner (ze Stokholmu) p. t. Ciąża a gruźlica (Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose).

Po omówieniu dotychczasowych poglądów i metod postępowania w tej trudnej kwestji w różnych krajach, H. Forssner przedstawił wyniki własnych badań dokonanych wspólnie z C. Sundellem i G

Kjellinem. Badania przeprowadzano w ciągu 6 lat w 2 zakładach położniczych i 2 przychodniach przeciwgruźliczych w Stokholmie, kosztem Szwedzkiej Ligi przeciwgruźliczej. Zbadano 30.000 kobiet, z których około 1500 skierowano do przychodni celem obserwacji lub roztoczenia opieki.

Dane statystyczne, umieszczone w tablicach, przedstawiają wyniki pracy H. Forssnera.

Na podstawie tych liczb H. Forssner twierdzi, iż, wbrew dotychczas panującemu mniemaniu, ciąża nie wywiera złego wpływu na gruźlicę, zwłaszcza w okresie początkowym, i wobec tego niema wskazań do sztucznego poronienia, z wyjątkiem przypadków bardzo rzadkich, kwalifikujących się do uwzględnienia z przyczyn indywidualnych.

Co się tyczy dzieci matek gruźliczych, to rodzą się one zdrowe, lecz niebezpieczeństwo zagraża ich życiu wskutek przebywania z choremi matkami.

TABLICA I.

Wyniki	Okres według Turbana.	Polepszenie lub bez zmiany.	Pogorszenie.				Zmarło.
			I	II	III	Ogółem	
obserwacji w ciągu 1-go roku 396 kobiet	I 160—40%	120—75%	16	9	11	36—23%	4 - 2%
	II 107—27%	78—73%	—	11	12	23—21%	6—6%
	III 129—33%	55—43%	—	—	26	26—20%	48—37%
obserwacji w ciągu 2-ch lat 359 kobiet	I 140—38%	83—59%	14	15	9	38—27%	19—14%
	II 95—27%	53—56%	—	9	20	29—30%	13—14%
	III 124—35%	33—27%	—	—	13	13 -10%	78—63%

W tablicy I-ej umieszczone są chore na gruźlicę płuc, które nie były w ciąży w czasie dwuletniej obserwacji, ani w roku poprzedzającym obserwację.

TABLICA II.

Wyniki	Okres	Polepszenie lub bez zmiany.	Pogorszenie.	Zmarło.
Obserwacji w ciągu 1-go roku 341 kobiet.	I 183—53%	157—86%	25 - 13,5%	1--0,5%
	II 109—32%	82—75%	23—21%	4—4%
	III 49—15%	19 - 38%	9—19%	21—43%
Obserwacji w ciągu 2-ch lat 299 kobiet	I 158 - 52%	125 - 79%	23—14%	10 7%
	II 97—33%	66—68%	21 - 22%	10—10%
	III 44—15%	13—30%	2 5%	29—65%

W tablicy II-giej są umieszczone chore na gruźlicę płuc, obserwowane w ciągu dwu lat po ciąży.

TABLICA III.

Wyniki obserwacji w ciągu		1 roku	2 lat	3 lat	Powyżej 3 lat	Ogółem
34 dzieci zabranych matkom po urodzeniu	żyjące i zdrowe	2	5	3	18	28=82%
	zmarłe nie z powodu gruźlicy	3	1	—	—	4=12%
	dotknięte gruźlicą, lecz żyjące	—	1	—	—	1=3%
	zmarłe na gruźlicę	—	—	1	—	1=3%
89 dzieci wychowanych przez matki	żyjącei zdrowe	3	9	4	30	46=52%
	zmarłe nie z powodu gruźlicy	2	1	—	—	3=3%
	dotknięte gruźlicą, lecz żyjące	2	4	5	11	22=25%
	zmarłe na gruźlicę	10	4	5	1	18=20%

W tablicy III-ej jest przedstawiony los dzieci, pochodzących od matek chorych na gruźlicę, zabranych i zostawionych matkom.

Po odczycie wywiązała się długa dyskusja, która ujawniła dość znaczną rozbieżność poglądów. Jedni (Léon Bernard, Bezançon, Carpi, Fici, Levi, Pollack) zgadzali się z wnioskami prelegenta, podkreślając specjalnie szkodliwy wpływ porodu na przebieg gruźlicy, konieczność leczenia kobiet ciężarnych chorych na gruźlicę, zabezpieczenie dziecka od zarażenia i t. p. Inni (Rist i Küss z Paryża, Staechelin z Bazylei, Dumarest z Hauteville), opierając się na własnych statystykach, byli odmiennego zdania, uważając, iż przypadki należy indywidualizować, gdyż rokowanie zależy często od warunków społecznych chorej. Co się tyczy dzieci pochodzących od matek, chorych na gruźlicę, to Débré potwierdził wniosek H. Forssnera, wykazując, iż dzieci, zabrane matkom możliwie wcześnie, nie zapadają na gruźlicę.

W trzecim odczycie p. t. „Wpływ organizacji przeciwgruźliczej na zmniejszenie się umieralności z gruźlicy" („Les effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse"), sir Robert Philip, profesor ftizjologji na wydziale lekarskim w Edymburgu, przedstawił rozwój i organizację akcji przeciwgruźliczej w Anglji i Szkocji, oraz dla udowodnienia celowości i potrzeby tej akcji, przytoczył bardzo dokładną statystykę, wykazującą spadek umieralności z gruźlicy.

W 1887 roku założono w Edymburgu pierwszą przychodnię przeciwgruźliczą. W 1912 r. zaczęło obowiązywać zawiadamianie przypadków gruźlicy płuc, a w 1914 r. — wszystkich postaci gruźlicy. Centralną organizacją przeciwgruźliczą w Anglji kieruje Minister Zdrowia publicznego, zaś w Szkocji — Biuro higjeny. Kierownictwo akcją miejscową należy do władz lokalnych.

Akcja rozwija się planowo, według systemu Edymburskiego „Edinburgh Tuberculosis Scheme" (Britisch Medical Journal, 23 lipca 1898 r.), który polega na tem, że przychodnia przeciwgruźlicza jest głównym ośrodkiem działalności, zaś sanatorja, szpitale, przytułki, kolonje rolne i t. p. są instytucjami pomocniczemi. Od 1887 r. stwierdza się w Anglji i Szkocji stały rozwój organizacji przeciwgruźliczej, która 1 stycznia 1924 r. obejmowała:

Przychodni 475.

Lekarzy (Tuberculosis Officiers) 420.

Sanatorjów, szpitali, kolonji i t. p. — 24.031 łóżek.

Przytoczone przez prelegenta dane statystyczne przedstawiają poglądowo wpływ tej organizacji na umieralność z gruźlicy.

Umieralność w Szkocji na 10.000 mieszkańców:

	Ze wszystkich postaci gruźlicy	Z gruźlicy płuc
w 1869 r.	36,5	25,8
„ 1879 „	33,0	22,7
„ 1889 „	24,5	17,9
„ 1899 „	23,9	16,6
„ 1909 „	19,7	12,7
„ 1919 „	13,1	8,9
„ 1923 „	11,8	8,1

Wyniki, podobne do powyższych, otrzymano również w Anglji i Stanach Zjednoczonych. — W dyskusji wszyscy mówcy podkreślali doniosłość otrzymanych wyników w Anglji i Szkocji, oraz przedstawiali stan organizacji lub poczynań w walce z gruźlicą w swoich krajach. Jednomyślnie przyjęto następujący wniosek: „IV Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą, po wysłuchaniu referatu Prof. sir Robert Philipa, oraz zgodnych komunikatów innych mówców, stwierdza z żywem zadowoleniem zmniejszanie się gruźlicy we wszystkich krajach świata, oraz uważa, że planowa organizacja przeciwgruźlicza jest jednym z najważniejszych czynników tego zmniejszania się, jak wykazały dane z krajów, gdzie taka organizacja funkcjonuje od wielu lat.

Konferencja zaleca odnośnym władzom różnych krajów powyższe spostrzeżenia, oparte na naukowych statystykach, które powinny koniecznie być zaprowadzone we wszystkich krajach cywilizowanych, na podstawie odpowiedniego prawodawstwa i rozporządzeń".

Prócz referatów A. Calmetta, H. Forssnera i sir Robert Philippa wygłosili odczyty publiczne: prof. Sahli z Berna o „Obronie organizmu przeciw zakażeniu gruźliczemu" („Sur la défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse"), oraz prof. Leona Bernarda z Paryża „Profilaktyka gruźlicy u dzieci" („La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant").

Następna Konferencja Międzynarodowego Związku do walki z gruźlicą odbędzie się w Waszyngtonie w 1926 r.

Po Konferencji odbyła się 10-dniowa wycieczka po uzdrowiskach i miastach Szwajcarji (Leysin, Montana, Heiligenschwendi, Thoun, Bern, Zurich, Davos, Arosa) celem zaznajomienia się z urządzeniami przeciwgruźliczemi.

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

Knud Faber. Wyniki walki z gruźlicą w Danji.

(Les résultats de la lutte antituberculeuse au Danemark, 1924).

Danja jest jedynym krajem w Europie, posiadającym—zawdzięczając wzorowym urządzeniom — najmniejszą umieralność z gruźlicy. Podczas wielkiej wojny umieralność znacznie się wzmogła, lecz z ustaniem działań wojennych znów zaczęła spadać.

Dla porównania autor przedstawił dane liczbowe, pochodzące z krajów sąsiednich i z Danji.

Umieralność na 10.000 mieszkańców
(w latach 1890—1892 i 1901—1903 liczby, dotyczące Danji, pochodzą z miast):

	1890	1891	1892	1901	1902	1903	1920	1921	1922
Szwecja .	—	—	—	—	—	—	16,2	15,4	14,9
Holandja .	—	—	—	19,4	18,5	18,6	14,9	12,8	11,4
Anglja .	23,8	23,5	21,9	18,2	17,4	17,4	11,3	11,2	11,2
Danja .	30,3	29,6	28,6	21,0	18,7	19,0	10,6	9,9	9,5

Walkę z gruźlicą w Danji zorganizowano w latach 1900—1905. W 1900 r. było otwarte pierwsze sanatorjum ludowe, w roku następnym założono Narodowe Towarzystwo Przeciwgruźlicze, a w 1905 r. były uchwalone prawa przeciwgruźlicze. Jednocześnie zaczęto zakładać szpitale i sanatorja.

Obecnie Danja posiada:

16 sanatorjów dla gruźliczych	1382 łóżka
35 szpitali dla gruźliczych	1016 „
4 przytułki dla gruźliczych	132 „
9 sanatorjów nadmorskich dla dzieci . .	480 „
3 szpitale nadmorskie dla dzieci	375 „
5 zakładów dla rekonwalescentów . . .	73 „
Ogółem 72 urządzenia, posiadające . . .	3458 łóżek

Przeciętnie wypada na 1000,000 mieszkańców 107 łóżek dla chorych gruźliczych. Liczba łóżek w Danji przekracza roczną liczbę zgonów z gruźlicy (w 1922 r. — 3177).

W zakładach, wspomaganych przez państwo, są leczeni bezpłatnie chorzy niezamożni, przyczem rodzina jest utrzymywana przez gminę, o ile członek, utrzymujący rodzinę, znajduje się w zakładzie leczniczym.

Państwo ponosi $^3/_4$ kosztów utrzymania tych zakładów, resztę płacą: gmina, towarzystwa ubezpieczeniowe.

W 1921 r. leczyło się w wyżej wspomnianych zakładach:

w sanatorjach	3312 chorych
w szpitalach	2273 „
w szpitalach nadmorskich . . .	931 „
w sanatorjach nadmorskich . .	1528 „
	8044 chorych.

W związku z uchwalonemi prawami przeciwgruźliczemi wprowadzono: 1) Obowiązkowe zawiadamianie o wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej i krtaniowej. 2) Bezpłatne odkażanie mieszkań. 3) Bezpłatne badanie plwociny na obecność prątków gruźliczych. 4) Bezpłatne nauczanie i izolację dzieci gruźliczych. 5) Towarzystwo Przeciwgruźlicze zakłada i utrzymuje w miastach przychodnie, subwencjonowane przez państwo i gminy.

Zapomogi państwowe wynosiły:

W latach		Rocznie		
1900—1904	. . . . . .	102.600	franków	złotych
1905—1909	. . . . . .	1.412.400	„	„
1910—1914	. . . . . .	2.012.400	„	„
1915—1919	. . . . . .	3.219.300	„	„
1920	. . . . . .	6.446.100	„	„
1921	. . . . . .	5.029.900	„	„
1922	. . . . . .	4.907.400	„	„

Celem udowodnienia, iż spadek umieralności z gruźlicy w Danji jest wynikiem energicznej walki z gruźlicą, autor przytoczył następujące argumenty:

1) o ileby spadek zależał jedynie od zmniejszenia się jadowitości prątka gruźliczego lub wzmożenia się odporności organizmu ludzkiego, to nie byłby tak raptowny;

2) w miarę zwiększania środków na zwalczanie gruźlicy w Danji, wyniki są o wiele lepsze, niż w innych krajach;

3) spadek umieralności z gruźlicy w wieku dziecięcym świadczy o zmniejszeniu się liczby źródeł zarazy.

Umieralność z gruźlicy w miastach duńskich:

	płeć męska			płeć żeńska		
wiek	1890—94	1920—22	zmniejsz. umieralności w %	1980—94	1920—22	zmniejsz. umieralności w %
0— 4	43,7	11,7	73,2	39,0	10,1	74,1
5—14	14,3	3,6	74,8	19,9	5,4	72,8
15—24	25,7	13,5	47,7	21,4	15,6	27,6
25—34	33,3	13,6	59,2	26,2	14,2	45,8
35—44	41,8	11,0	73,7	27,6	10,9	60,5
45—54	45,8	13,5	70,5	23,1	10,5	54,5
55—64	47,5	13,2	72,2	24,6	9,9	59,7
65—74	50,2	15,4	69,3	27,6	10,1	63,4
75	36,5	10,6	70,9	18,9	9,1	51,8

Z powyższych liczb wynika, iż umieralność z gruźlicy znacznie się zmniejszyła w wieku dziecięcym (73—75%) i wśród mężczyzn w wieku od 24—44 lat (74%).

Oto są wyniki planowo zorganizowanej akcji przeciwgruźliczej w Danji!

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

PROJEKT UTWORZENIA OGÓLNOPAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

W Warszawie w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odbył się dn. 19.X Zjazd przeciwgruźliczy, zorganizowany przez Komitet, składający się z Dyrektora Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, D-ra Cz. Wroczyńskiego, i Przewodnicz. Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, D-ra Boguckiego.

Na Zjazd przybyli przedstawiciele Towarzystw Przeciwgruźliczych z całej Polski, przedstawiciele samorządów, zrzeszeń lekarskich i uniwersytetów.

Posiedzenie, które odbyło się o godzinie 5-tej po południu w sali Dyrekcji Służby Zdrowia, zagaił Dyrektor Służby Zdrowia, Dr. Wroczyński. Wspomniawszy na wstępie o zasługach, jakie w walce z gruźlicą położył ś. p. Dr. A. Sokołowski i ś. p. Dr. Chełchowski, którzy zdawali sobie dokładnie sprawę z tego, jaką klęskę społeczną stanowi gruźlica, mówca zaznaczył, że walka z tą straszną chorobą, prześladującą ludzkość, jest obecnie jeszcze bardzej potrzebna, gdyż we wszystkich krajach, dotkniętych klęską wojny, wzrost gruźlicy w czasie wojny zaznaczył się w sposób wprost zastraszający: np. na gruźlicę w Warszawie w r. 1918 zmarło na każde 10.000 ludności żyjącej 70 ludzi. Liczba ta stopniowo się zmniejsza i obecnie waha się w granicach 30, w porównaniu jednak z zagranicą liczby te dają obraz niezmiernie dla nas niekorzystny. Jednak szeroko postawiona akcja zapobiegawcza i ratownicza, podjęta przez rząd, samorządy, zainteresowane instytucje i społeczeństwo, wydać może w naszych warunkach bardzo doniosłe wyniki. Już dziś w Polsce jest rzeczą zupełnie możliwą zdobycie na walkę z gruźlicą znacznych sum. Niektóre samorządy miejskie łożą już u nas pewne kwoty na walkę z gruźlicą, również w budżecie państwowym na rok 1925 preliminowane będą sumy na zapoczątkowanie tej walki; trzecie — i to najważniejsze — źródło finansowe stanowić powinny wszystkie instytucje, zajmujące się lecznictwem, a więc przedewszystkiem kasy chorych; wreszcie czwartem źródłem środków pieniężnych na walkę z gruźlicą jest ofiarność społeczna. Aby fundusze na walkę z gruźlicą zostały jaknajlepiej wyżyskane, należy wytworzyć jednolity front w walce z gruźlicą, a to da się osiągnąć drogą solidarności wzystkich czynników i instytucyj zainteresowanych, czego wyrazem ma być projektowany Związek Przeciwgruźliczy.

Po przemówieniu D-ra Wroczyńskiego wybrano na przewodniczącego Zebrania Doc. D-ra Janiszewskiego z Krakowa; sekrtarzem był Dr. K. Dąbrowski. Następnie zabrał głos Dr. Bogucki, który przedstawił dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą w Polsce i umotywował konieczność zwołania ogólnopolskiego zjazdu przeciwgruźliczego.

Z kolei przystąpiono do wyboru Komisji Organizacyjnej przyszłego Zjazdu. Do Komisji tej wejdą: 1) przedtawiciele pięciu Towarzystw Przeciwgruźliczych: z Warszawy, Lwowa, Krakowa, Poznania i Wilna, 2) Generalny Dyrektor Służby Zdrowia, 3) Delegat Związku Miast i 4) Delegat Związku Kas Chorych.

Po odczytaniu przez D-ra Wroczyńskiego statutu Związku Przeciwgruźliczego nastąpiła dyskusja nad poszczególnemi artykułami, w której zabierali głos: wiceprezydent miasta Dr. Rottermund, Dr. Zawadzki, Dr. Bogucki, prof. Dr. Gluziński, Dr. Wędrychowski ze Lwowa, Dr. Górski z Poznania i inni. Replikował w dłuższem przemówieniu p. Generalny Dyrektor, podkreślając raz jeszcze całą wielką wagę jaknajszybszego uformowania Związku i podjęcia wytężonej pracy.

Zjazd zakończył się, jak to było przewidziane, postanowieniem zwołania w połowie stycznia r. p. Wszechpolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego oraz wyłonienia Komisji, która otrzymała zlecenie opracowania statutu w ostatecznem brzmieniu, celem przedstawienia go właściwej władzy do zatwierdzenia.

W skład Komisji weszli: Dr. Wroczyński (Warszawa) jako prezes, oraz przedstawiciele Towarzystw Przeciwgruźliczych: D-rzy Janiszewski (Kraków), Górski (Poznań), jako wiceprezes, Dr. Węgrzynowski (Lwów) jako skarbnik oraz Dr. Umiastowski (Wilno) jako sekretarz.

DZIAŁALNOŚĆ T-WA WALKI Z GRUŹLICĄ WE LWOWIE.

W kwartale trzecim b. r. udzielono w Przychodni T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ul. Lindego 5 podczas 61 dni ordynacyjnych 688 porad lekarskich; w tem leczono dawnych chorych 396, nowych przyjęto 292. Zabiegów lekarskich wykonano 1762. Wywiadowczynie odwiedziły w domu 342 chorych. W laboratorjum wykonano 98 badań. W Sanatorjum na Hołosku leczono 67 chorych podczas 2363 dni leczenia. Czynnych lekarzy było 10.

Obrót kasowy w tym czasie wynosił 22.053 zł. 72 gr.

NADESŁANE DO REDAKCJI.

Nr. 1—5 czasopisma „Otwock-Uzdrowisko“. Kto wie, z jak wielkiemi wysiłkami połączone jest u nas wydawanie jakiegokolwiek czasopisma, zwłaszcza o pewnym podkładzie społecznym, z radością powitać musi wysiłki pewnej grupy obywateli Otwocka, zmierzające do postawienia tej miejscowości na stopie europejskiej i zaopatrzenia jej we własny organ. W pięciu numerach, jakie dotychczas ukazały się, znajdujemy szereg artykułów, związanych z celami i zadaniami tak wielkiego uzdrowiska, jakiem jest Otwock, a poza tem z pewnemi wiadomościami praktycznemi, które powinny interesować każdego lekarza-praktyka.

Czeskie wydawnictwa „Masarykovy ligy proti tuberkulose“. Szczegółowe sprawozdanie podamy w następnym numerze.

Redaktor: **Doc. Dr. med. St. Sterling-Okuniewski,** Marszałkowska 41, tel. 115-11.
Administracja: **Książnica Polska,** Nowy Świat 59. Cena pojedyncz. numeru 1 złp.

Drukarnia R. Olesiński, W. Merkel i S-ka. Chłodna 37. Tel. 69-46.

KARPOSAL

Sól owocowa

Środek łagodny przeciw zaburzeniom wątroby, atakom żółciowym, bólom i zawrotom głowy, zaparciu, wyrzutom skórnym, bezsenności, zatruciu reumatycznemu i artretycznemu.

Tow. Akc.

„Fr. KARPIŃSKI“

w Warszawie.

przy **BRONCHICIE CHRONICZNYM**

GRYPIE

GRUŹLICY

Uporczywym i zaniedbanym kaszlu

ASTMIE

Łyżka stołowa rano, w południe i wieczorem daje doskonałe wyniki

„SIROP FAMEL“

Uspakaja gwałtowne wybuchy kaszlu, ułatwia wydzielanie flegmy i wpływa doskonale na ogólny stan zdrowia.

P. FAMEL, 16-22 rue des Orteaux, PARIS (XX).

Skład Główny na Polskę:

Tow. Akc. „Fr. KARPIŃSKI w WARSZAWIE“ Elektoralna № 35.

Dla Wpp. Lekarzy, Próby i Literaturę, wysyłamy bezpłatnie.

KSIĄŻNICA — ATLAS

Tow. Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych

WARSZAWA, Nowy Świat 59. LWÓW, Czarnieckiego 12.

KATOWICE, Warszawska 58.

⁘ ⁘ ⁘

Poleca następujące wydawnictwa:

Podręcznik chorób zakaźnych.

pod red. Doc. D-ra St. Sterling-Okuniewskiego.

ukazały się: zeszyt VI, zeszyt VIII.

w druku: zeszyt I, na ukończeniu zeszyt III.

Bartkiewicz B. Dr. Rak wargi dolnej.
Czernecki W. Dr. doc. Fizjologja i patologja śledziony.
Danysz J. Dr. prof. Geneza energji psychicznej.
Godlewski E. Dr. prof. Podręcznik embrjologji.
Grzywo-Dąbrowski W. Dr. prof. Zarys medycyny sądowej.
Sabatowski A. Dr. doc. Klimatoterapja i hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa.
Sterling-Okuniewski S. Dr. Dur wysypkowy.
— O wczesnem rozpoznawaniu raka.
Szczepański Z. Dr. Podręcznik badań chemicznych drobnowidowych i bakterjologicznych przy łóżku chorego.

Borawski — Projektowanie budynków mieszkalnych.
Bykowski — Przewodnik do ćwiczeń fizjologicznych.
Hornowski dr. prof. — Dysenterja i tyfusy.
— Samoobrona organizmu.
Kopczyński Dr. — Szkice higjeniczno-wychowawcze.
Oraczewski — Jak się uczyć?
Piasecki — Zabawy i gry ruchowe.
Piasecki i Szrajber — Harce młodzieży polskiej.
Szafer — Ogrody szkolne.
Wyhowski — Człowiek (Somatologja).
Bibljoteka Higjeniczna (ukazało się 5 numerów).

Na żądanie wysyłamy katalogi bezpłatnie.